FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 mars 1891 à 1 heure

PAR

M. A. DUTIL

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président	M. CHARCOT.	
Juges	MM. BROUARDEL,	Professeur.
	CHAUFFARD,	Agrégés.
	BALLET,	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LECROSNIER ET BABÉ, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891 — N° 159

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 mars 1891 à 1 heure

PAR

M. A. DUTIL

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président..........................	M. CHARCOT.	
Juges..........................	MM. BROUARDEL,	Professeur.
	CHAUFFARD,	Agrégés.
	BALLET,	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LECROSNIER ET BABÉ, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TITLAUX.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	POUCHET.	SEGOND.
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RETTERER.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	REYNIER.	
CHAUFFARD.	MARIE.	RIBEMONT-DESSAIGNES.	
DEJERINE.	MAIGRIER.	RICARD.	
FAUCONNIER.	NELATON.		

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

INTRODUCTION

Le tremblement est un symptôme assez fréquent et cependant encore peu étudié de la grande Névrose. Ce trouble fonctionnel peut revêtir chez les hystériques des formes et des allures on ne peut plus variées. Si parfois il apparaît comme un phénomène éphémère, comme un accident insignifiant à côté des manifestations habituelles de l'hystérie, il est des cas où il constitue le symptôme le plus marquant, sinon le seul symptôme de la maladie. Il peut alors par son intensité, sa longue durée, masquer en quelque sorte les autres signes de la névrose, simuler, à s'y méprendre, les tremblements propres à d'autres affections du système nerveux, et devenir ainsi la cause d'erreurs de diagnostic.

Il n'y a donc pas *un* tremblement hystérique toujours semblable à lui-même, mais bien *des* tremblements de nature hystérique.

Décrire ces tremblements, montrer les différents aspects sous lesquels ils se présentent dans la réalité clinique, tel est le but que nous nous sommes proposé.

Nos descriptions reposent sur un certain nombre de faits que

nous avons observés, à la Salpêtrière, dans le service de notre maître, M. le professeur Charcot.

L'idée première de ce travail lui appartient tout entière, et nous le prions de recevoir nos remerciements pour la bienveillance avec laquelle il a facilité notre tâche en nous aidant de ses conseils.

HISTORIQUE

L'existence du symptôme tremblement se trouve mentionnée dans un certain nombre d'observations d'hystérie recueillies il y a déjà fort longtemps. Nous n'avons pas la prétention de présenter un relevé complet de ces cas. La bibliographie de l'hystérie est trop étendue; notre enquête serait nécessairement incomplète. Nous nous bornerons à indiquer rapidement, parmi les observations qui ont été publiées dans le cours de ces dernières années, celles où le tremblement se trouve décrit d'une façon suffisamment explicite et rapporté à sa véritable cause.

En 1879, Homolle a relaté dans le *Progrès médical* l'histoire d'une malade observée par lui dans le service de M. le professeur Potain et qui présentait, à côté de troubles hystériques, un tremblement du membre supérieur droit que l'auteur a décrit dans les termes suivants : « Tout le membre est agité de secousses rhythmiques très régulières, égales en amplitude et d'une direction constante d'avant en arrière. Ces saccades ou soubresauts semblent se produire exclusivement dans le triceps crural et dans les muscles du mollet. Elles deviennent presque nulles quand le corps est dans la position horizontale et au repos complet; elles augmentent, au contraire, dès que la malade s'émeut, dès qu'on l'examine, par exemple lorsqu'elle veut exécuter un mouvement volontaire, surtout lorsqu'elle essaie de marcher, alors le tremblement devient plus fort au point de se transmettre à tout le corps. L'étude graphique de ces secousses démontre leur régularité parfaite. Elles se reproduisent, identiques entre elles, au nombre de 300 par minute. Elles se font d'une façon simultanée à la cuisse et au mollet, ou, du moins, le retard qu'elles présentent dans cette dernière région est-il douteux, tant il est minime. Le soulèvement du levier est brusque et donne lieu à la production d'un crochet aigu sur le tracé[1]. »

1. Homolle. Hémianesthésie hystérique anormale avec contracture et tremblement du membre inférieur droit; *Progrès médical*, 5 juillet 1879, p. 517.

M. E. Chambard[1] a rapporté, en 1881, dans le journal l'*Encéphale*, l'observation d'une jeune femme qui, à la suite d'une attaque, avait été prise à la fois de mouvements choréiques étendus à toute la moitié gauche du corps et d'un tremblement du membre supérieur droit dont voici la description : « Le membre est animé d'oscillations pendulaires qui l'écartent et le rapprochent tour à tour du tronc; aux mouvements pendulaires de la totalité du membre supérieur s'ajoutent des mouvements alternatifs de pronation et de supination de la main, accompagnés de mouvements de flexion et d'extension du poignet. Tous ces mouvements sont d'une faible amplitude et se succèdent avec beaucoup de régularité et de rapidité. C'est un véritable tremblement dont les oscillations se répètent environ 160 fois par minute. »

M. Germain Sée[2], dans une leçon sur la chorée électrique, a rapporté également l'observation d'une jeune fille hystérique qui, à la suite d'une contrariété, avait été prise d'un tremblement des jambes et des membres supérieurs qui gênait considérablement la malade pour marcher et pour travailler.

En 1887, dans une séance de la Société de médecine de Londres, M. Ormerod[3], présenta à ses collègues une jeune femme de vingt-neuf ans atteinte d'accidents hystériques non douteux et d'un tremblement des mains survenu après une attaque *et rappelant tout à fait le tremblement de la paralysie agitante*. M. Hughlings Jackson formulait son opinion sur ce cas en disant que c'était là un exemple de tremblement hystérique, et il ajoutait qu'à son avis beaucoup de tremblements dont l'origine est obscure relèvent de cette névrose.

En 1888, M. le Dr Letulle a relaté dans la *France médicale* l'histoire d'un ouvrier affecté d'hydrargyrisme professionnel qui présentait, à côté de divers symptômes de nature évidemment hystérique, certain tremblement très intense, généralisé aux quatre membres et dont la guérison fut rapidement obtenue par des applications de ligatures élastiques et d'aimants. Et M. Letulle conclut après commentaires : « ... Il est donc permis d'annoncer que, pour un grand nombre, je n'ose pas dire pour la totalité des cas, les tremblements mercuriels appartiennent à la grande névrose. »

Nous pourrions citer encore quelques exemples de tremblement hystérique appartenant, soit à la littérature française, soit aux travaux allemands, et en particulier, à ceux qui, dans ces derniers temps, ont été consacrés à l'étude de « la névrose traumatique ». Il existe, notam-

1. Chambard. Hémichorée et hémitremblement hystériques. *Encéphale*, 1881.
2. Germain Sée. De la chorée électrique; *Semaine médicale*, 6 mars 1884.
3. Ormerod. *British medical journal*, décembre 1887, p. 1216.

ment dans les mémoires de MM. Oppenheim et Thomsen quelques faits qui nous paraissent être des exemples indéniables de tremblements de nature hystérique. Mais, en dehors de ces quelques observations, éparses dans les journaux et revues, on chercherait en vain, dans les auteurs classiques, une description régulière des tremblements hystériques.

Briquet[1] en parle incidemment et de façon on ne peut plus sommaire : « Le tremblement musculaire, dit-il, se rencontre assez fréquemment chez les hystériques... Ce tremblement est toujours passager; après une durée de quelques heures et au plus de quelques jours, il se dissipe spontanément. Il est très peu de malades chez lesquels le trouble des mouvements reste permanent, mais il se reproduit avec une grande facilité. » Et c'est tout.

On trouve encore dans le *Traité des Névroses* d'Axenfeld et Huchard (2e édition 1883) un court paragraphe que nous reproduisons textuellement :

« Le tremblement présente des caractères différents : tantôt il s'agit d'une oscillation légère, à peine appréciable, ressemblant à un faible tremblement alcoolique, augmentant par les émotions et persistant pendant un temps plus ou moins long; d'autres fois, le tremblement a un aspect convulsif plus accentué, affectant les membres supérieurs, ou encore l'un d'eux, ou le membre supérieur et inférieur du même côté. Quand le tremblement affecte les membres inférieurs, il est quelquefois si violent, que dans la position assise on entend le pied battre régulièrement le parquet sous forme de trépidation épileptoïde. »

Et après avoir résumé l'observation de Chambard que nous avons mentionnée plus haut, l'auteur ajoute :

« Dans certains cas, le tremblement peut avoir des caractères opposés dans les deux moitiés du corps. »

Les autres traités de neuropathologie, même les plus récents, ceux de Wilks, Rosenstein, Hammond, Grasset, sont complètement muets à cet égard.

On peut lire cependant, dans les *Leçons* de M. le professeur Charcot[2], plusieurs passages dans lesquels notre maître signale d'une façon incidente, il est vrai, mais très explicite, l'existence du tremblement hystérique et quelques-uns de ses cacactères. Dans une de ses leçons sur l'hystérie de l'homme, M. Charcot décrit en ces termes le tremblement qui existait chez le nommé Gui... « Le tremblement de la main droite est remarquable par la régularité parfaite de son rhythme

1. Briquet. *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*, p. 478.
2. Charcot. *Leçons sur les Maladies du Système nerveux*, 1887, t. III, p. 272.

constatée à l'aide des appareils enregistreurs. Il consiste en oscillations dont le nombre est de cinq en moyenne par seconde; à cet égard il tient par conséquent le milieu entre les tremblements à oscillations lentes, tel que celui de la paralysie agitante, par exemple, et les tremblements vibratoires ou autrement dits à oscillations rapides de la paralysie générale et de la maladie de Basedow. Il ne s'exagère pas sous l'influence des mouvements volontaires. Le malade peut se servir de sa main pour boire ou pour manger et peut même écrire très passablement à la condition d'appuyer fortement avec sa main gauche sur son poignet droit, manœuvre qui fait cesser le tremblement pour un instant. » Et ailleurs, dans la leçon qui a pour titre : *Tremblements et mouvements choréiformes* (t. III, p. 212), M. Charcot, après avoir décrit les tremblements à oscillations lentes, dit encore textuellement : « Avant de passer à la catégorie des oscillations rapides, je veux vous mentionner une espèce de tremblement qui tient le milieu entre les deux : c'est le tremblement hystérique. Nous avons actuellement dans nos salles deux hommes qui en sont affectés. Chez l'un, le nombre des oscillations est de cinq; chez l'autre, de sept par seconde. Je ne fais que vous citer en passant cette espèce de tremblement, me proposant d'y revenir plus tard d'une façon plus détaillée; j'en fais seulement provisoirement, au point de vue de la rapidité des secousses, une catégorie intermédiaire entre le premier et le second groupe. » Mais ces faits isolés, et les descriptions auxquelles ils ont donné lieu, ne répondent qu'à une ou deux variétés de tremblements hystériques.

C'est à M. Rendu[1] que revient le mérite d'avoir, le premier, nettement appelé l'attention des cliniciens sur la pluralité des formes du tremblement hystérique et indiqué l'analogie frappante qui existe entre certaines de ces formes et le tremblement, soit de la paralysie agitante, soit de la sclérose en plaques. Dans une note présentée à la Société médicale des hôpitaux à propos d'une communication de M. Luys, M. Rendu a rapporté deux observations très démonstratives à cet égard.

Dans une leçon antérieure à la note de M. Rendu, mais qui ne fut publiée que quelques mois après, dans le *Progrès médical*, M. le professeur Pitres insiste également sur la diversité des formes que peut prendre le tremblement hystérique. « Il n'y a pas, dit-il, *un* tremblement hystérique toujours et partout identique, mais bien *des* tremblements d'origine hystérique. » Et M. Pitres propose de les classer en trois groupes distincts : 1° les tremblements trépidatoires; 2° les tremblements vibratoires; 3° les tremblements intentionnels.

1. Rendu. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris* (12 avril 1889).

Les faits que nous avons nous-même observés à la Salpêtrière, dans le cours de l'année qui vient de s'écouler, nous ont conduit à adopter une classification un peu différente de celle qu'on vient de lire. Mais ils confirment pleinement et complètent peut-être à certains égards les observations de MM. Pitres et Rendu, en ce qui concerne la diversité des formes que peuvent revêtir les tremblements hystériqnes et la très grande analogie qui existe entre certaines de ces formes et la plupart des tremblements déjà décrits et classés en pathologie nerveuse. Ce sont là, en effet, les deux données capitales qui nous paraissent se dégager de l'examen comparatif des cas que nous avons observés. Elles donnent, ce nous semble, la mesure de l'intérêt pratique qui s'attache à cette question des tremblements de nature hystérique.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES

Les tremblements hystériques se développent quelquefois d'une façon tellement insidieuse que les malades, interrogés sur l'époque de l'apparition de leur tremblement, ne peuvent fournir à ce sujet aucune indication précise. Mais ce mode de début est exceptionnel.

En général, ils apparaissent subitement, sous l'influence d'un traumatisme, d'une frayeur, d'un choc moral quelconque et plus souvent encore à la suite d'une attaque convulsive (Obs. I, II et III). En pareil cas, que l'attaque ait été complète ou seulement ébauchée, qu'elle se soit accompagnée ou non de perte de la connaissance, le sujet s'aperçoit, au sortir de la crise, en se levant par exemple, qu'il tremble de tous ses membres ou seulement de l'un d'eux. C'est là, de tous les modes de début des tremblements hystériques, celui qui nous paraît être de beaucoup plus fréquent.

Au lieu de se montrer à la suite d'une attaque vulgaire, le tremblement débute quelquefois de la façon suivante : sous le coup d'une émotion un peu vive, en apprenant une nouvelle fâcheuse, le malade éprouve tout d'abord une sensation de boule ou de poids à l'épigastre, il étouffe, il a le cou serré, puis il ressent des battements dans les tempes, il entend des sifflements dans ses oreilles; et quand cet ensemble de troubles qui caractérisent l'*aura* hystérique s'est prolongé un certain temps, tout à coup, sans perdre connaissance, le malade se met à trembler violemment de tous ses membres. Ce tremblement peut s'apaiser au bout de quelques instants. Lorsqu'il succède ainsi aux phénomènes de l'*aura*, il se développe en quelque sorte au lieu et

place des convulsions de l'attaque vulgaire et l'on a affaire en pareil cas à une véritable *attaque de tremblement* (Obs. II et V). Chez une de nos malades le tremblement se montra ainsi d'une manière si brusque, si intense, qu'une personne du service croyant qu'il s'agissait d'un frisson de fièvre releva la température centrale de la patiente, température qui fut trouvée d'ailleurs à son degré normal. Après une ou plusieurs crises semblables, le tremblement peut s'établir à demeure et persister sans relâche pendant des semaines et des mois.

Enfin il peut arriver que le tremblement se produise tout à coup, sans cause provocatrice immédiate, sans avoir été précédé, ni d'une attaque quelconque, ni des phénomènes de l'aura. Il apparaît ainsi chez certains sujets comme l'accident hystérique initial auquel viendront s'ajouter plus ou moins prochainement les autres manifestations de la névrose hystérique (Observ. d'Armandine Roug...). Ce dernier ordre de faits nous paraît particulièrement intéressant au point de vue du diagnostic. Si rien n'est plus facile, en effet, que de reconnaître la nature hystérique d'un tremblement lorsque ce trouble fonctionnel coexiste avec les différents stigmates de la névrose, lorsqu'il succède à une attaque classique, il n'en est pas de même dans ces cas où le tremblement constitue, pendant un temps plus ou moins long, le seul symptôme de l'hystérie. En pareille occurrence, on porte souvent le diagnostic de tremblements « nerveux », de chorée, etc., et l'on méconnaît la véritable nature du tremblement jusqu'au jour où une attaque, l'apparition d'une hémianesthésie ou tel autre accident significatif vient révéler la névrose dont il était l'unique et première manifestation. Tels sont les divers modes de début des tremblements hystériques.

Ces tremblements peuvent être *généralisés* ou *partiels;* dans ce dernier cas, ils se localisent tantôt aux membres d'un même côté du corps (forme hémiplégique), tantôt aux membres supérieurs, ou bien encore aux membres inférieurs (forme paraplégique). Enfin, on peut les voir se cantonner à un membre, à un segment de membre.

Leur *durée* est également très variable; il y a des tremblements qui persistent pendant plusieurs mois, plusieurs années même, sans aucune interruption. Parfois ils se montrent par accès; apparaissant après chaque attaque convulsive, on les voit alors, après quelques instants, quelques heures, ou quelques jours de durée, s'atténuer peu à peu et s'effacer ainsi au bout d'un temps variable pour reparaître à l'attaque suivante.

Parfois l'excitation d'une zone hystérogène suffit à en provoquer le retour ou a les accentuer immédiatement.

Les tremblements sont quelquefois si légers qu'ils ne gênent en rien les malades dans l'exécution de leurs mouvements, et qu'il faut, pour les constater, placer les membres dans une certaine attitude qui favorise le développement des oscillations (attitude du serment pour les membres supérieurs; extension de la jambe pour les membres inférieurs, etc.).

Par contre, le tremblement peut acquérir une intensité telle que la marche des malades devient difficile, incertaine. De même, aux membres supérieurs, il peut gêner considérablement la préhension des objets et rendre à peu près impossible l'accomplissement des actes de la vie commune.

Les tremblements hystériques présentent en général un *rhythme régulier;* mais rien n'est plus variable que la rapidité, la fréquence des oscillations qui les constituent; les uns sont d'une *lenteur remarquable*, les autres sont très rapides, véritablement *vibratoires*. Entre ces deux modalités extrêmes, se placent les tremblements de rhythme moyen. Les faits qui ressortissent à cette catégorie intermédiaire, sont les plus nombreux. Il en est qui n'apparaissent qu'à l'occasion des mouvements volontaires (tr. *intentionnels* purs). La plupart persistent à l'état de repos et pendant les mouvements actifs, mais ils subissent parfois, sous l'influence de ces derniers, des modifications diverses concernant la fréquence et l'amplitude de leurs oscillations.

Si nous ajoutons à ce qui précède que les tremblements hystériques ne se montrent pas dissemblables d'un cas à un autre, mais que le même sujet peut présenter simultanément ou successivement des tremblements d'allures fort différentes, nous aurons, ce nous semble, indiqué d'une façon suffisante que les tremblements d'origine hystérique sont essentiellement *polymorphes*. Il s'ensuit qu'on ne saurait les comprendre dans une description d'ensemble. Ils échappent évidemment, par la diversité de leurs caractères, à toute formule descriptive univoque; de là la nécessité qui s'impose à nous de les classer avant de les décrire.

CLASSIFICATION DES TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES

Envisagés au point de vue de la fréquence des oscillations, les tremblements hystériques peuvent être répartis en trois groupes :

1° Les tremblements à oscillations *rapides* ou *vibratoires* (ayant de 8 à 12 oscillations par seconde);

2° Les tremblements de rhythme *moyen* (de 5 1/2 à 7 1/2 oscillations par seconde);

3° Les tremblements à oscillations *lentes* (de 4 à 5 1/2 oscillations).

Parmi les tremblements qui appartiennent aux deux derniers groupes (tr. lents et tr. de rhythme moyen), il en est qui, tout en persistant à l'état de repos, s'exagèrent notablement sous l'influence des mouvements actifs. D'autres ne se produisent qu'à l'occasion des mouvements volontaires. Il convient de ranger ces derniers dans une catégorie à part, celle des *tremblements intentionnels.*

En étudiant ces différentes formes de tremblement, nous ne nous bornerons pas à l'analyse attentive, parfois même minutieuse, mais forcément un peu aride du symptôme. Nous nous efforcerons, en même temps, de montrer sous quels aspects les tremblements appartenant à chacune des catégories précédentes se présentent aux cliniciens. En d'autres termes, nous décrirons parallèlement les tremblements hystériques et les hystériques trembleurs.

Il y a en effet des tremblements hystériques qui, par leur localisation, leur rhythme, leur exagération sous l'influence des mouvements volontaires, etc., impriment aux malades qui en sont affectés un habitus extérieur qui rappelle à s'y méprendre l'aspect des malades atteints de paralysie agitante, de sclérose en plaques ou de telle autre maladie à tremblement. Ce fait que les tremblements hystériques peuvent *simuler* les tremblements propres à certaines affections organiques ou inorganiques du système nerveux présente, au point de vue pratique, une importance qu'il nous paraît inutile de faire ressortir. C'est en lui que se trouve, selon toute vraisemblance, l'explication de ces guérisons quasi miraculeuses de paralysies agitantes obtenues par un simple jeu de miroirs, de ces scléroses en plaques sans plaques de sclérose, etc.

A ce point de vue, nous croyons qu'il existe parmi les hystériques trembleurs un certain nombre de *types cliniques* assez bien tranchés. Nous essayerons de les mettre en relief dans le cours de ce travail. Les voici résumés sous forme de tableau synoptique :

1° Tremblements VIBRATOIRES (8 à 9 oscillations et plus par seconde).	Persistant au repos, peu ou point modifiés par les mouvements volontaires.	Imitent le tremblement de la *maladie de Basedow*, le tr. *alcoolique*, et celui de la *paralysie générale*.
2° Tremblements de rhythme MOYEN (5 1/2 à 7 1/2 oscillations par seconde).	a) *Tremblement rémittent intentionnel* (type Rendu). Existant ou non au repos, exagéré par les mouvements volontaires.	Imite parfaitement le *tremblement mercuriel* et imparfaitement le *tremblement de la sclérose en plaques*.
	b) S'il est localisé aux membres inférieurs (forme paraplégique).	*Imite l'épilepsie spinale des paraplégiques spasmodiques.*
	c) Tremblement intentionnel pur, nul au repos, n'apparaissant qu'à l'occasion de mouvements volontaires.	Imite exactement le *tremblement de la sclérose en plaques.*
3° Tremblements LENTS (4 à 5 1/2 oscillations par seconde).	Persistant au repos, peu ou point modifiés par les mouvements volontaires.	Imitent la paralysie agitante et le tremblement sénile.

I

TREMBLEMENT A OSCILLATIONS RAPIDES

Tremblement vibratoire.

Cette variété de tremblement hystérique est caractérisée par des oscillations très brèves, très rapides, qui semblent se fondre en une vibration continue des parties qui en sont le siège. Il n'est pas rare d'observer ce tremblement chez les hystériques à la suite des attaques convulsives. Qu'il soit généralisé ou partiel, il n'a le plus souvent qu'une durée éphémère; il disparaît au bout d'une heure ou deux. Ce n'est alors qu'un phénomène post-convulsif, un trouble moteur passager qui n'attire pas toujours l'attention dés malades, mais que nous avons pu cependant constater maintes fois chez quelques hystériques du service de la Clinique.

Par contre, il y a des sujets chez lesquels ce tremblement persiste, sans interruption, pendant des semaines et des mois. En pareil cas,

s'il est quelque peu accentué, il constitue un trouble moteur important, un symptôme marquant et tenace presque à l'égal des autres symptômes de l'hystérie. Il en a été ainsi chez deux de nos malades dont on trouvera plus loin les observations détaillées (Obs. I et II).

C'est sur ces deux cas que repose la description qui va suivre.

Lorsque ce tremblement à oscillations rapides est généralisé, très prononcé et permanent, le malade se trouve dans un état de vibration perpétuelle qui frappe dès l'abord. Qu'il soit debout ou assis, il est agité d'une trémulation continuelle et il suffit de poser les mains sur ses épaules ou sur sa tête pour percevoir les oscillations rapides et verticales dont tout le corps est animé. Si l'on fait déshabiller le malade, on peut constater que les muscles des membres et du tronc sont animés de petites contractions fibrillaires. Aux avant-bras, ces palpitations musculaires sont quelquefois assez intenses pour déterminer de légers et brusques mouvements des doigts. Parfois même, quand ce tremblement est à son maximum d'intensité, comme cela arrive à la suite des attaques (V. Obs. I), ou lorsque le sujet est sous le coup d'une émotion un peu vive, les muscles de la face participent à l'agitation générale, les lèvres sont tiraillées par de petites secousses musculaires, la parole est un peu tremblée et l'habitus extérieur du malade rappelle assez exactement l'aspect bien connu que présentent parfois les alcooliques et les sujets atteints de paralysie générale.

Mais on n'observe pas toujours cette trémulation de tout le corps ni ces palpitations musculaires, et le tableau que nous venons de tracer ne répond guère qu'aux phases d'acuité excessive du tremblement. Dans les périodes de calme relatif, le tremblement semble localisé aux seules extrémités. L'aspect du sujet est alors tout à fait comparable à celui qu'on observe chez cette catégorie de malades que notre maître et ami M. P. Marie[1] nous a appris à connaître et chez lesquels, en l'absence de goitre et d'exophthalmie, un tremblement à oscillations rapides est le seul symptôme apparent de la maladie de Basedow. La légitimité de cette comparaison ressortira clairement, croyons-nous, de l'examen méthodique que nous allons faire des caractères propres au tremblement vibratoire que nous décrivons.

Prédominant tantôt aux membres supérieurs, tantôt aux membres inférieurs, le tremblement ne s'efface que pendant le sommeil. A l'état de veille il ne cesse jamais, même dans l'état de repos et de relâchement musculaire le plus complet.

Il suffit, pour le voir, de jeter les yeux sur les mains du malade lors-

1. P. Marie. — *Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow.*

qu'il les laisse reposer tranquillement sur ses genoux ou sur une table. Si l'on ordonne au sujet d'étendre les bras dans l'attitude dite du serment, les oscillations dont tout le membre est animé se montrent alors avec une grande netteté. Ces oscillations se produisent surtout dans le sens vertical; la main exécute de petits mouvements alternatifs de flexion et d'extension qui ont évidemment pour centre l'articulation du poignet. Les doigts participent au tremblement mais d'une façon passive le plus souvent; ce n'est que dans les moments de vive agitation que l'on voit un soulèvement brusque et actif de l'un des doigts, un ressaut de la main ou de l'avant-bras tout entier traverser le rhythme régulier et continu de la trémulation.

Dans les cas que nous avons observés, le tremblement des membres inférieurs était toujours apparent, soit que le malade se tînt debout, soit qu'il fût assis, les jambes fléchies à angle droit sur les cuisses, et la plante des pieds reposant sur le sol.

Dans la position debout, les oscillations dont les membres inférieurs sont animés s'effectuent dans le sens vertical; elles consistent uniquement, à ce qu'il nous a semblé, en de légers mouvements de flexion et d'extension de l'articulation du genou. Quand le sujet est assis, et, dans les moments où le tremblement acquiert une certaine intensité, les membres inférieurs exécutent parfois des mouvements rhythmiques analogues à ceux que présentent les sujets atteints de paralysie spasmodique lorsque le phénomène de l'épilepsie spinale vient à se produire, mais avec cette différence que chez nos malades les réflexes tendineux n'étaient pas exagérés.

Ce tremblement à forme vibratoire peut persister, nous l'avons déjà dit, pendant des mois entiers sans interruption (Obs. I et II). Mais il ne garde pas toujours chez le même malade un même degré d'intensité. Sous des influences diverses, il passe par des périodes de recrudescence suivies d'apaisement. Voici ce que nous avons observé à cet égard. Si le malade a une attaque, au sortir de la crise, le tremblement atteint son maximum d'intensité; il est alors pour ainsi dire à l'état aigu; cet état dure pendant un, deux, trois jours, parfois quelques heures seulement; après quoi le tremblement s'atténue progressivement jusqu'à un certain degré; c'est la phase de calme qui durera jusqu'à l'attaque suivante à moins qu'un mouvement de colère, une contrariété, une émotion quelconque ne viennent renforcer momentanément la trémulation.

Chez un de nos malades, le nommé Hacq... la compression des points hystérogènes provoquait l'exagération immédiate du tremblement. Dès qu'on pressait légèrement sur l'une de ses zones hystérogènes, le ma-

lade était pris d'une quinte de toux convulsive, accompagnée de suffocation et des autres sensations qui constituent l'aura hystérique. Le tremblement s'accentuait aussitôt et se montrait à son maximum d'intensité pendant une heure ou deux.

Pendant les périodes de calme relatif, ce tremblement n'apporte aucune gêne dans l'exécution des mouvements. La démarche des malades est ferme et assurée. Aux membres supérieurs, seuls, les actes qui nécessitent des mouvements précis et délicats, tels que celui de l'écriture, sont un peu troublés par la trémulation de la main et des doigts. Mais les malades ne sont nullement gênés dans l'accomplissement des autres actes de la vie ordinaire ; ils peuvent s'habiller, boutonner leurs vêtements, couper leur pain, porter un verre à leur bouche, etc., sans difficulté. Il n'en est plus de même lorsque, sous l'influence d'une des causes que nous avons indiquées plus haut, le tremblement acquiert un certain degré d'intensité. L'écriture est alors manifestement altérée dans sa forme, et parfois même impossible ; les autres mouvements d'un tour plus grossier peuvent être rendus momentanément difficiles : un de nos malades avait beaucoup de peine à rouler une cigarette. Dans ces moments de vive agitation, les malades sont encore capables d'exécuter les différents actes de la vie ordinaire que nous citions tout à l'heure, mais ils les accomplissent avec moins d'assurance. En saisissant, par exemple, un crayon placé sur une table, après s'être portés droit sur l'objet, les doigts hésitent et tâtonnent un instant ; la préhension n'est pas aussi rapide, aussi immédiate qu'à l'état normal.

Aux membres inférieurs, le tremblement, lorsqu'il est très prononcé, peut aussi amener des difficultés dans la marche et la station debout. Voici du moins ce que nous avons maintes fois observé chez le nommé Hacq... (Obs. I), à la suite d'une attaque spontanée, lorsque le tremblement vibratoire avait acquis son maximum de développement, ou lorsque nous avions nous-même artificiellement provoqué son aggravation en excitant une des zones hystérogènes : le stationnement debout devenait aussitôt difficile, les genoux du malade fléchissaient fréquemment par un mouvement brusque dans lequel il perdait parfois l'équilibre et menaçait de tomber. Ce fléchissement involontaire se répétait de temps à autre jusqu'à deux et trois fois presque coup sur coup ; le malade se plaignait alors d'une sensation d'agacement dans les genoux, il écartait les jambes comme pour assurer son attitude, mais le fléchissement des genoux continuait à se produire et le sujet demandait instamment à s'asseoir.

Pendant la marche, ces flexions brusques et involontaires des jambes

gênaient notablement le malade. Il marchait les jambes écartées, avec un léger balancement du tronc causé par le fléchissement alternatif des membres inférieurs. Or, cette impotence fonctionnelle, qui persistait quelquefois pendant une journée entière, n'était nullement en rapport avec un affaiblissement des forces musculaires. Il n'y avait chez lui parésie des membres inférieurs à aucun degré; car si l'on examinait le malade assis ou couché, en ce qui concerne la force et la précision, les mouvements d'ensemble ou partiels des membres inférieurs ne laissaient rien à désirer. Tels sont les troubles moteurs que nous avons vus se développer à plusieurs reprises chez ce malade et toujours conjointement avec une exagération du tremblement. Ils disparaissaient en effet à peu près complètement dès que le tremblement avait repris son allure habituelle.

Notre second malade, le nommé Chérub... est resté pendant longtemps astasique et abasique; mais lorsqu'il a pu marcher, se promener dans les cours de l'hôpital, conservant toujours le tremblement à forme vibratoire dont il était affecté depuis plusieurs mois, il présentait, lui aussi, ce phénomène du dérobement des jambes qui n'existait chez Hacq... que dans les périodes de recrudescence du tremblement.

Cette remarque étant faite, ce trouble fonctionnel très particulier (dérobement des jambes) est-il uniquement dû au tremblement? est-il une conséquence directe, mécanique, des oscillations dont les membres inférieurs sont animés et de l'état d'instabilité de leurs masses musculaires? Nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi, au moins dans tous les cas. On sait en effet que le phénomène de dérobement se rencontre chez les tabétiques, chez les hystériques, en dehors de tout tremblement des membres inférieurs (astasie choréiforme) et très souvent aussi chez les sujets atteints de maladie de Basedow où il peut se montrer associé au tremblement vibratoire qu'a décrit M. P. Marie. C'est précisément parce que ce trouble moteur (dérobement de jambes) se voit communément chez les malades de cette dernière catégorie que nous avons cru devoir signaler avec quelque insistance l'existence de ce trouble fonctionnel chez nos deux hystériques. On comprend en effet que, le cas échéant, il contribuera à rendre plus frappante l'analogie d'aspect, la ressemblance que nous indiquions au début de ce chapitre entre les malades atteints de maladie de Basedow avec tremblement, mais sans exophthalmie ni goitre, et le tremblement hystérique répondant au type vibratoire.

Chez notre malade de l'Obs. I, le tremblement s'est développé brusquement à la suite d'une attaque. Chez le nommé Chérub... (Obs. II) l'apparition du tremblement a été précédée, non pas d'une

attaque convulsive complète, mais seulement des symptômes qui constituent l'aura hystérique. A plusieurs reprises et à des intervalles assez éloignés, sous l'influence d'une contrariété, à l'annonce d'une nouvelle fâcheuse, cet homme fut pris tout à coup d'une sensation de boule remontant du ventre à la gorge. Il étouffait, il éprouvait des battements dans les tempes, après quoi, sans perdre connaissance, il se mettait à trembler violemment des quatre membres. Lors des premières crises, le tremblement ne dura que quelques jours, et c'est après avoir ainsi présenté une série *d'attaques de tremblement*, que ce symptôme s'établit, à la suite de la dernière crise, d'une façon définitive et devint véritablement permanent. Il est vraisemblable que ce mode de début (à la suite d'une attaque convulsive ou sous forme d'attaque de tremblement) n'est pas le seul. Chez une hystérique dont l'observation a été rapportée par M. Pitres[1], le tremblement a débuté d'une façon insidieuse; voici cette observation : « Éléonore L... âgée de dix-huit ans, sujette depuis trois ans à des attaques convulsives tout à fait caractéristiques, et marquée de stigmates hystériques non douteux (analgésie cutanée générale, rétrécissement concentrique des champs visuels, etc.), présente un petit tremblement des membres tout à fait semblable à celui de la maladie de Basedow. Si on lui demande depuis quand elle a remarqué l'existence de ce symptôme, elle répond qu'elle n'en sait rien. » On pourra voir aussi le tremblement hystérique à forme vibratoire apparaître à la suite d'une frayeur, d'un choc moral quelconque. N'était le caractère d'incertitude inhérent aux observations de date un peu ancienne et relatives aux phénomènes de l'hystérie (elles sont nécessairement incomplètes), nous pourrions relever parmi les faits de « tremblement émotif » ou « nerveux » qui ont été publiés çà et là, plusieurs cas qui, selon toute vraisemblance, ressortissent au type de tremblement hystérique que nous décrivons.

Nous allons maintenant exposer les résultats auxquels nous sommes arrivé en appliquant la méthode graphique à l'étude de ce tremblement[2].

1. Pitres, *loc. cit.*

2. *Technique.* — Indépendamment des données que peut fournir l'exploration directe, nous avons utilisé dans notre étude des tremblements hystériques les indications que donnent les appareils enregistreurs et les procédés photographiques.

A. Méthode graphique. — Nous avons surtout fait usage du tambour à réaction de M. Marey. Ce tambour est monté sur une plaque en métal que l'on fixe solidement sur la surface dont on se propose d'enregistrer les oscillations. La paroi mobile porte à son centre une petite tige sur laquelle on visse une masse métallique pesante. Les oscillations de cette masse se communiquent à la membrane mobile du tambour qui les transmet par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc au tambour enregistreur dont le style se meut sur le cylindre noirci du polygraphe. Nous avons toujours fait usage comme mouvement de l'axe lent du régulateur Foucault. Nous nous sommes toujours servi des mêmes tambours et des

Les tracés I et II (fig. 17, 18) ont été recueillis sur le malade qui fait l'objet de l'observation I. Le premier représente les oscillations

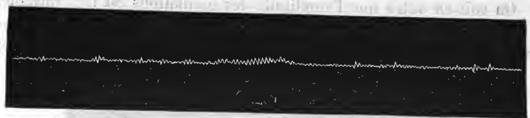


Fig. 17. — Tracé I. Main droite au repos : oscillations de 9 à 9 1/2 par seconde (Hacq...)

de la main droite posée sur une table. Le second a été obtenu la main et le bras du sujet étant placés dans l'attitude dite du serment.

Ce qui frappe tout d'abord dans ces tracés c'est la régularité non pas

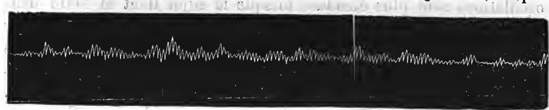


Fig. 18. — Tracé II. Main droite (attitude du serment) : oscillations de 9 à 9 1/2 par seconde (Hacq...)

absolue, mais à peu près constante du rhythme. Les intervalles qui séparent les oscillations sont sensiblement égaux ; pour un même temps

mêmes styles. Nous avons toujours fixé sur le tambour à réaction des masses aussi faibles que possible. Les lieux d'application que nous avons toujours choisis sont les suivants : le sommet de la tête ; au membre supérieur, la face dorsale du métacarpe, la main étant en pronation et étendue dans l'attitude du serment, ou reposant sur une table ; au membre inférieur, la face antérieure de la cuisse, un peu au-dessus de la rotule (le malade étant assis ou tenant sa jambe horizontalement étendue).

Lorsque les oscillations étaient par trop violentes, nous avons exploré directement les muscles en appliquant un tambour myographique soit sur la face postérieure de l'avant-bras, soit sur la région antérieure de la cuisse.

Pour évaluer le nombre des oscillations produites dans un temps donné, nous avons inscrit parallèlement au tremblement, soit les secousses d'un métronome marquant les secousses, soit les vibrations d'un diapason 10 V. D., au moyen du signal de M. Deprez.

Nous devons faire remarquer que la méthode d'inscription à l'aide du tambour à réaction ne nous a donné que le nombre, le rhythme et l'amplitude *relative* des oscillations verticales, car l'amplitude des oscillations ainsi enregistrées ne dépend pas seulement de la sensibilité du tambour à réaction, du poids de la masse métallique, elle varie également avec la longueur et la sensibilité du style inscripteur, toutes conditions dont l'uniformité *absolue* et constante ne saurait être réalisée.

B. Procédé photographique. — Ce procédé est plus précis que celui que nous venons de décrire, pourvu qu'on ait soin de se placer dans des conditions invariables (même objectif, mise au point exacte, etc.).

Il a, de plus, l'avantage de fournir des tracés qui indiquent la direction des oscillations et dans le sens vertical et dans le sens transversal. Mais il a le défaut d'exiger un dispositif plus compliqué, d'être d'un maniement plus délicat que le procédé graphique ordinaire. Voici en quoi il consiste essentiellement :

On fixe solidement sur le segment de membre dont on se propose d'inscrire les oscillations une petite lampe électrique (type Edison) de 3 ou 4 volts. Cette lampe doit être aussi

donné, le nombre des oscillations est toujours le même; il est de 9 à 9 1/2 par seconde.

On voit en outre que l'amplitude des oscillations est très variable. Ces variations se produisent presque toujours suivant un mode successivement progressif et décroissant. D'une manière générale, les

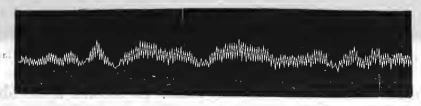


Fig. 19. — Tracé III. Oscillations, 12 à 13 par seconde (Hacq...)

oscillations sont plus étendues lorsque le sujet tient sa main dans l'attitude du serment que lorsqu'il la laisse tranquillement reposer sur ses genoux ou sur une table placée près de lui. Les tracés que nous venons de produire ont été recueillis pendant une période de calme relatif; ils représentent pour ainsi dire l'état moyen du tremblement. Nous avons déjà dit qu'à la suite des attaques, ou bien sous l'influence des émotions, ou bien encore lorsqu'on excitait une zone hystérique

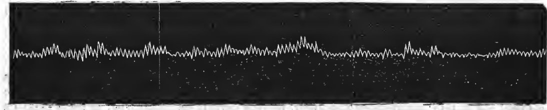


Fig. 20. — Tracé IV. Main droite (attitude du serment) : oscillations, 9 à 9 1/2 par seconde (Chérub...)

(chez le nommé Hacq...), la trémulation s'accroissait d'une façon remarquable. Dans ces conditions, la rapidité du rhythme, le caractère vibratoire du tremblement s'accentuaient à un degré tel que la main de l'observateur posée sur l'avant-bras du sujet (celui-ci tenant son bras horizontalement étendu) percevait une sensation tout à fait semblable à celle que produit le contact d'une corde en vibration. Le tracé

petite que possible afin que sa lumière soit sensiblement ponctiforme. Puis, on place le sujet en face de l'objectif photographique derrière lequel se meut le cylindre du régulateur Foucault recouvert d'une feuille de papier sensible ou bien une plaque qui glisse sur des roulettes d'un mouvement uniforme et dans le sens transversal. Les choses étant ainsi disposées dans la chambre noire et la mise au point de l'appareil ayant été réglée d'avance, on comprend aisément que tous les déplacements verticaux ou transversaux du point lumineux se reproduiront sous forme d'une ligne continue sur la plaque sensible ou sur la feuille qui enveloppe le cylindre. On obtiendra ainsi le tracé photographique du tremblement. Tel est le dispositif que nous avons pu utiliser dans quelques cas, grâce à l'obligeance de M. Londe, chef du laboratoire de photographie du service de la Clinique, qui a bien voulu nous prêter le concours précieux de sa compétence et de son habileté bien connues.

ci-contre indique assez clairement l'allure que présentait alors le tremblement (fig. 19).

Les tracés du tremblement de notre second malade (Chérub...) présentent exactement les mêmes particularités (fig. 20).

Comparaison du tremblement hystérique vibratoire avec les autres tremblements de même rhythme

Parmi les tremblements qui ont été méthodiquement étudiés jusqu'à ce jour, seuls, les tremblements à oscillations rapides présentent, tant par leur apparence extérieure que par leurs caractère

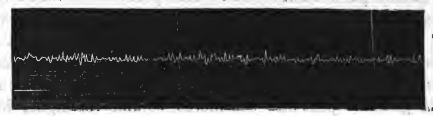


Fig. 21. — Tracé V. Hystérie.

graphiques, une ressemblance réelle avec le tremblement hystérique que nous venons de décrire : ce sont le tremblement alcoolique, celui

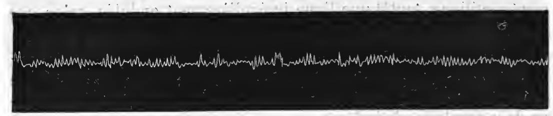


Fig. 22. — Tracé VI. Paralysie générale.

de la paralysie générale, et surtout le tremblement de la maladie de Basedow. Tous ces tremblements sont, en effet, constitués par une

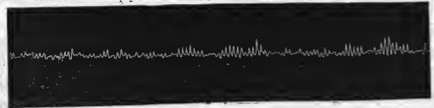


Fig. 23. — Tracé VII. Maladie de Basedow.

série d'oscillations brèves, menues, se succédant avec une grande rapidité, et au nombre de 8 à 9 ou 9 1/2 par seconde. Il suffit de jeter les yeux sur les trois tracés ci-dessus qui représentent ces

trois espèces de tremblements pour se rendre compte que, par leur rhythme, la fréquence des oscillations, l'inégalité de leur amplitude, ils se ressemblent singulièrement (fig. 21, 22, 23). M. Marie[1], dans son intéressant travail, a cherché par quels caractères le tremblement de la maladie de Basedow se distinguait des tremblements de l'alcoolisme et de la paralysie générale. Le seul trait de dissemblance qu'il ait pu relever est celui-ci : « Dans la maladie de Basedow, dit-il, les doigts ne sont pour ainsi dire pas animés de secousses propres ; leur tremblement est plutôt un tremblement communiqué et dû aux secousses des autres segments du membre supérieur, tandis que, dans les autres maladies (alcoolisme et paralysie générale), les muscles des doigts sont particulièrement atteints par le tremblement. » Cette particularité lui a été révélée par l'examen comparatif des tracés obtenus en plaçant dans la paume de la main de ses sujets une poire en caoutchouc communiquant avec le tambour enregistreur. Tandis que, dans le cas de maladie de Basedow, on n'obtient avec cet instrument qu'une ligne peu tremblée et dont la direction générale peut être considérée comme rectiligne, bien au contraire, dans la paralysie générale et l'alcoolisme, on obtient ainsi un tracé composé d'une série de saccades.

En appliquant à l'étude du tremblement hystérique vibratoire le même procédé d'exploration, nous avons obtenu tantôt un tracé exactement rectiligne, tantôt une ligne irrégulièrement ondulée, selon que nos malades étaient plus ou moins calmes au moment de la prise du tracé. Le caractère indiqué par M. Marie ne nous paraît donc pas suffisant pour différencier le tremblement hystérique à forme vibratoire des tremblements, soit de la maladie de Basedow, soit de l'alcoolisme ou de la paralysie générale.

En insistant sur la très grande analogie de ces divers tremblements, il n'est pas dans notre pensée et nous ne voulons pas donner à entendre que leur ressemblance même puisse être jamais l'origine d'erreurs de diagnostic. Les états morbides auxquels ils appartiennent sont eux-mêmes trop dissemblables.

L'hésitation serait peut-être un instant permise en présence d'un de ces cas frustes de maladie de Basedow où le goitre et l'exophthalmie font défaut et où le tremblement vibratoire propre à cette affection en est le seul symptôme apparent. Mais la constatation de la tachycardie suffirait alors à lever tous les doutes ; sans compter que l'hystérie a ses stigmates propres, et que le tremblement à oscillations rapides est en somme un symptôme à peu près constant de la maladie de Basedow et

1. P. Marie, *loc. cit.*

relativement rare dans l'hystérie. Cependant, étant donné que l'hystérie s'associe fréquemment chez un même individu, soit à la maladie de Basedow, soit à l'alcoolisme, il pourra se présenter dans la pratique tel cas où il sera malaisé de décider auquel de ces deux éléments morbides le tremblement devra être attribué.

Obs. I. — *Hystérie et neurasthénie provoquées par le surmenage chez un chauffeur de locomotives. — Tremblements à forme vibratoire.*

Hacq... (Victor), âgé de trente-quatre ans, chauffeur de locomotives, est entré dans le service de la Clinique le 17 avril 1889.

Antécédents héréditaires. — L'étude des antécédents de famille ne fournit aucun renseignement intéressant. Les grands parents, tant du côté paternel, que du côté maternel, jouissaient d'une santé parfaite et sont morts très vieux. Son père s'est noyé involontairement à l'âge de quarante-cinq ans. Sa mère n'a jamais souffert de maladies nerveuses, elle est âgée de soixante-quatre ans. Réponses également négatives en ce qui concerne les autres parents. Cependant il est à remarquer que, bien que sa femme et les membres de la famille de sa femme, paraissent être indemnes de toute tare nerveuse héréditaire ou acquise, la fille du malade, actuellement âgée de six ans, est atteinte de la maladie des tics.

Antécédents personnels. — Lui-même n'avait jamais été malade avant l'apparition des premiers troubles nerveux qui marquèrent le début de son affection. C'est un homme d'une taille au-dessus de la moyenne, d'apparence robuste, aux traits énergiques. Il a toujours été actif, plein d'entrain et nullement impressionnable. Il n'est pas syphilitique ; il ne s'est jamais adonné à la boisson. Voici comment il est devenu malade.

Il est employé à la compagnie du chemin de fer de l'Est. Depuis dix ans, il exerce la fonction pénible entre toutes de chauffeur de locomotives. Chaque jour, pendant seize ou dix-huit heures consécutives, il travaille à entretenir le feu du fourneau, debout sur la plateforme de la locomotive en marche, subissant constamment l'effet des trépidations et des secousses violentes que déterminent les arrêts brusques produits par les freins à vapeur.

Le 17 août 1888, pendant une manœuvre de gare, la locomotive qu'il conduisait heurta et brisa le fourgon d'un train de marchandises. Dans ce fourgon qui fut, paraît-il, mis en pièces, se trouvait un employé. Relevé sans connaissance et transporté à Lariboisière, cet homme offrait quelques jours après tous les symptômes d'un état neurasthénique des mieux caractérisés. Ce sujet, le nommé V..., a été présenté à la policlinique de la Salpêtrière, par M. le professeur Charcot, dans la leçon du 4 décembre 1888.

Notre malade, lui, n'éprouva, au moment du choc, qu'une très légère secousse. Son émotion fut nulle ; et il est à peu près certain que cet accident auquel il n'attacha pas d'importance, n'est pour rien dans le développement des troubles nerveux qu'il a présentés plus tard. Le fait est que, pendant les

trois mois qui suivirent (septembre, octobre et novembre), il continua à se bien porter et à travailler régulièrement, comme par le passé.

Dans les premiers jours du mois de novembre 1888 il remarqua que sa besogne lui paraissait plus pénible. Bien qu'aucun surcroît de travail ne lui eût été imposé, il était plus fatigué qu'autrefois. Pendant le jour il avait constamment « mal aux jambes » ; c'était une sorte d'énervement, d'agacement, qui le tenait aux genoux. Il était moins solide sur ses membres inférieurs ; il était obligé d'écarter largement les jambes pour garder l'équilibre lorsqu'il était sur sa locomotive.

La nuit, il était agité. Il ne rêvait pas, il n'avait pas de cauchemars ; seulement sa femme lui disait qu'en dormant il avait des soubresauts très violents dans les membres.

Vers la fin du mois de novembre, il commença à souffrir d'une céphalée constrictive, s'étendant à tout le crâne. Ce mal de tête ne le quittait guère, et il y avait des jours où il devenait très violent. Alors, à la sensation de serrement, venaient s'ajouter des battements, des élancements douloureux dans les tempes, un malaise général tel que le malade devait se reposer pendant un ou deux jours.

En outre, il se plaignait fréquemment d'une sensation de lourdeur insupportable dans le bas du dos, à la partie inférieure de la région lombaire et sur la ligne médiane ; cette sensation n'était pas continuelle. Quand il en souffrait, il ne pouvait ni se baisser ni se redresser, parfois même il marchait le tronc incliné en avant « comme quand on a un tour de reins » ; cela durait huit, dix jours, quelquefois plus. Puis cette gêne douloureuse tendait à disparaître et même disparaissait complètement pendant quelque temps pour se montrer de nouveau.

Enfin le malade maigrissait, il avait peu d'appétit. Tous ces troubles persistèrent pendant les mois de décembre 1888, janvier et février 1889.

Cela l'inquiétait. Il continuait à faire son service, mais à grand'peine. Il attribuait sa maladie à la trépidation de la machine, aux secousses des arrêts brusques, aux fatigues excessives de son métier. Il avait remarqué, nous dit-il, que « plusieurs de ses camarades avaient été pris par les jambes » ; il craignait de voir la faiblesse déjà très marquée de ses membres inférieurs se changer en paralysie. « Il avait cette idée-là en tête ».

Tel était l'état du malade lorsqu'il eut sa première attaque dans les circonstances que voici :

Le 26 février dernier, vers huit heures du matin, il venait de rentrer chez lui, il était en train de déjeuner tranquillement lorsque, tout à coup, sans motif apparent, sans prodromes, il s'affaissa sur lui-même en perdant connaissance. Il resta ainsi inerte, insensible, jusqu'à trois heures après-midi ; alors il fut pris de convulsions ; il se tordait sur son lit, mordait les draps, poussait des cris (ces renseignements nous ont été fournis par la femme du malade). Les cris, les grands mouvements, les convulsions continuèrent jusqu'à sept heures du soir. A ce moment, les attaques cessèrent, le malade reprit connaissance et puis s'endormit d'un sommeil calme. Le lendemain en s'éveil-

lant, quand il voulut se lever, il lui fut impossible de se tenir debout, ses genoux fléchissaient à chaque pas ; il tremblait de tous ses membres, il était dans un état d'anxiété, d'angoisse inexprimable. Il resta ainsi chez lui constamment alité, jusqu'au 2 mars. Comme la faiblesse des jambes et le tremblement général persistaient, il se fit transporter à l'hôpital Lariboisière. Là, on lui donna du bromure. Il sortit de l'hôpital le 12 mars ; aucune modification ne s'était produite dans son état.

Depuis cette époque, il a été soigné chez lui par le médecin de la Compagnie qui lui a prescrit le bromure de potassium à dose faible. Dans les premiers jours du mois d'avril, il a eu deux nouvelles attaques, l'une s'est produite à deux heures, l'autre à sept heures et demie du soir. Chacune d'elles a été précédée d'une aura bien caractérisée. Le malade a senti que quelque chose lui montait à la gorge, puis il a éprouvé une certaine angoisse respiratoire, des bourdonnements d'oreilles, des battements précipités dans les tempes ; après quoi il a perdu connaissance, s'est débattu violemment, en poussant des cris terribles, cherchant à mordre, à déchirer ses habits..., etc.

Dans ces derniers temps, le malade est devenu triste, soucieux ; son intelligence toutefois paraît n'avoir subi aucune atteinte, non plus que sa mémoire. Seulement, il lui arrive parfois, durant le sommeil de la nuit, de se lever de son lit, de parler à haute voix à des êtres imaginaires, de s'entretenir avec eux de ses voyages, ou bien des choses de sa profession. Une nuit, il a saisi sa femme par le cou comme pour l'étrangler. Au réveil, il est très étonné en entendant sa femme lui raconter ces rêves en actions dont il ne conserve aucun souvenir.

Etat actuel (19 avril 1889). *Motilité.* — Il n'existe chez cet homme, à proprement parler, ni paralysie ni contracture. Pas traces d'hémispasme glosso-labié notamment. Peut-être existe-t-il un léger affaiblissement du membre supérieur droit. A l'exploration dynamométrique on obtient en effet :

Main droite............	48 kilogr.
Main gauche............	50 —

(Le malade est droitier.)

Les principaux troubles de la motilité qu'on observe chez lui sont :

1° Une certaine impotence fonctionnelle des membres inférieurs qui ne se manifeste que pendant la marche et la station debout. Lorsque le sujet est couché ou assis, il peut lancer des coups de pieds vigoureux, opposer aux mouvements, soit de flexion, soit d'extension provoqués, une résistance insurmontable. Il n'y a donc pas de paralysie.

Par contre, dès qu'il est debout, ses jambes fléchissent ; on voit les genoux ployer brusquement, de temps à autre alternativement. Le fléchissement ne va pas jusqu'à la chute, loin de là ; le malade se tient debout, mais cette attitude lui est pénible. Il s'en plaint avec insistance.

Quand le malade marche, le fléchissement alternatif des genoux s'accentue davantage ; le sujet avance ainsi en écartant un peu trop les jambes avec un

balancement latéral du tronc. Tout cela ressemble beaucoup à certain état d'astasie-abasie incomplète ou en voie de guérison. Toutefois ces troubles n'existent pas chez Hacq... d'une façon permanente. Ils ne se montrent qu'à la suite des attaques, ou bien sous l'influence de la compression des zones hystérogènes, lorsque le tremblement des membres acquiert son plus haut degré d'intensité. Au bout d'un laps de temps variable, quelques heures, un jour, quelquefois plus, la trémulation des membres s'apaise, sans disparaître jamais complètement; le dérobement des jambes cesse de se produire et le sujet reprend sa marche ordinaire.

2° *Le tremblement* est apparu chez cet homme à la suite de sa première attaque, c'est-à-dire le 26 février 1889. Il a toujours persisté depuis cette époque. C'est un tremblement rapide, véritablement vibratoire. Généralisé aux quatre membres, il prédomine tantôt aux membres supérieurs tantôt aux membres inférieurs, mais il est toujours plus prononcé dans les membres du côté droit (côté de l'hémianesthésie). Les tracés graphiques montrent qu'il est constitué par des oscillations bien rhythmées, mais d'amplitude variable, au nombre de 9 à 9 1/2 par seconde. Il existe au repos, et pendant les mouvements volontaires il semble s'accroître un peu.

Ce tremblement s'exagère d'une façon remarquable sous l'influence des émotions, des attaques spontanées ou provoquées et lorsqu'on excite légèrement l'une des zones hystérogènes qui existent chez le malade. Tandis que dans les périodes de calme il ne gêne que peu ou point les mouvements du sujet, il apporte alors un trouble notable dans l'accomplissement des actes usuels qui exigent des mouvements précis ou délicats (écriture, action de rouler une cigarette); en outre, la rapidité de son rhythme s'accroît à un tel point que, dans les tracés pris dans les mouvements de vive agitation, le nombre des oscillations s'élève à 12 ou 13 par seconde.

Sensibilité. Sens. Vision. — Dyschromatopsie pour le violet; polyopie monoculaire. Rétrécissement concentrique du champ visuel de l'œil gauche à 70° (fig. 33, 34).

L'odorat est aboli à droite; le goût très émoussé à droite; l'ouïe est normale.

Sensibilité générale (fig. 35, 36). — On constate : 1° une diminution très nette de la sensibilité générale pour tous ses modes (contact, douleur, température) dans toute la moitié droite du corps, soit une hémianesthésie droite incomplète; 2° une plaque d'analgésie absolue correspondant à peu près à l'étendue qui sépare l'épine dorsale de l'omoplate du côté droit; 3° deux zones hystérogènes siégeant, l'une près du bord spinal de l'omoplate du côté gauche, l'autre à l'hypogastre au-dessus du pli de l'aine du côté droit. La pression exercée au niveau de ces points détermine d'abord une douleur très vive, puis le malade accuse une sensation de serrement à la gorge avec angoisse respiratoire, il a des battements dans les tempes, sa face se congestionne, sa vue se trouble, le regard devient fixe et l'attaque commence.

Les attaques se présentent toujours avec les mêmes caractères, soit qu'elles aient été ainsi provoquées, soit qu'elles se produisent spontanément.

Elles se composent : 1° d'une phase épileptoïde très courte; 2° d'une

phase de grands mouvements (salutations, arcs de cercle, contorsions) accompagnés de cris ; 3° d'une phase de délire dans laquelle le malade rit, se

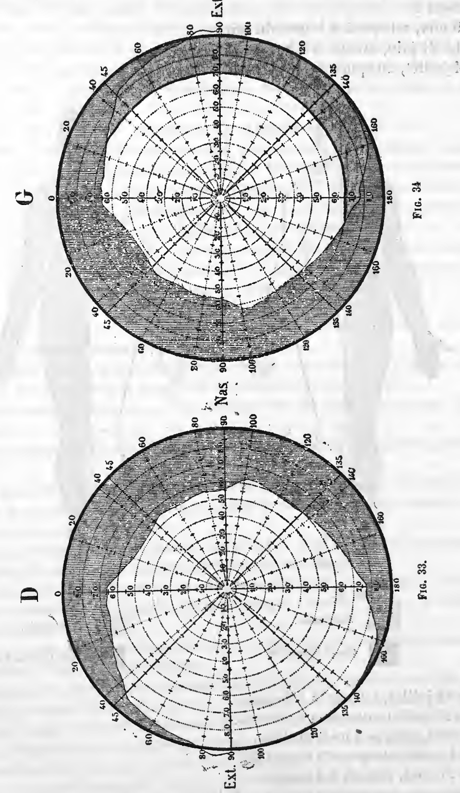


Fig. 34

Fig. 33.

moque d'un camarade, ou bien, s'imaginant qu'il est sur sa locomotive, peste contre le feu qui ne va pas, interpelle le mécanicien..., etc.

Les crises sont assez fréquentes, elles se succèdent en série de trois, quatre attaques subintrantes, quelquefois plus ; elles apparaissent généralement le soir, et deux ou trois fois par mois, comme l'indique le tableau suivant :

9 juin, attaque à 8 heures du soir.

Le 21 juin, attaque à 7 heures 30.

4 juillet, attaque à 5 heures.

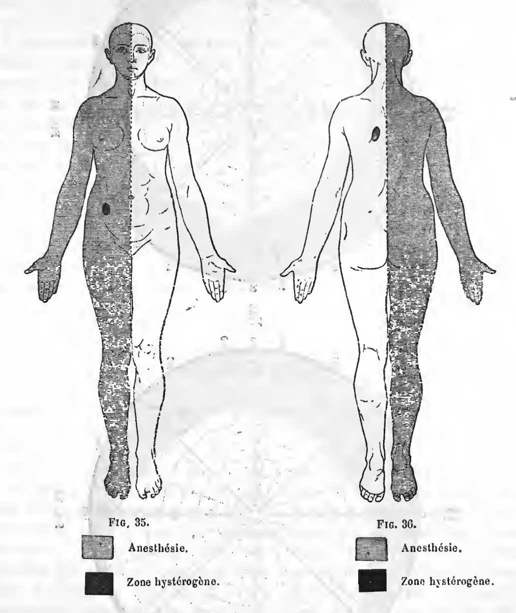


Fig. 35. Fig. 36.

Le 13 juillet, attaque à 5 heures.

Le 24 juillet, attaque à 6 heures.

11 août, attaque à midi et demi.

Le 17 août, attaque à 9 heures 30.

Le 27 août, attaque à 8 heures.

Depuis son entrée dans le service de la Clinique, l'état du malade, en dépit du traitement auquel il a été régulièrement soumis (hydrothérapie, électri-

sation statique, médication tonique) ne s'est guère modifié ; et même, à la suite de l'attaque qui se produisit le 24 juillet, l'hémianesthésie droite qui était jusque-là très légère est devenue complète, absolue. On peut toucher, piquer, pincer la peau, tordre les articulations, presser fortement le testicule droit sans que le malade accuse la moindre douleur, le moindre contact. Il ne perçoit non plus ni la chaleur d'un thermomètre à cuvette métallique, porté à une température de 90°, ni le froid d'un bloc de glace. Le sens musculaire enfin est complètement aboli dans les membres supérieur et inférieur du côté droit.

Les zones hystérogènes précédemment indiquées persistent.

La marche et la station debout sont toujours un peu troublées. Après chaque attaque, la faiblesse des jambes et le tremblement s'accroissent; cela dure 3 ou 4 jours, après quoi, le malade se sent un peu plus solide sur ses membres inférieurs ; le tremblement qui ne s'efface jamais complètement s'atténue et les choses vont ainsi jusqu'à l'attaque suivante.

Chez ce malade il n'y a ni goitre ni exophthalmie ; nous avons compté maintes fois les pulsations de la radiale et nous avons toujours trouvé que leur nombre se tenait dans les limites de la normale.

Obs. II. — *Astasie et abasie paralytiques chez un hystérique. — Tremblement vibratoire généralisé.*

Le nommé Cher... ni, âgé de 44 ans, exerçant la profession d'artiste dramatique, est entré dans le service de la Clinique, le 10 mai 1889.

Antécédents héréditaires. — Ses antécédents de famille méritent d'être relevés.

Il serait le petit-fils, du côté paternel, du grand musicien dont il porte le nom.

Son père était artiste dramatique ; il a été tué à Blidah en 1851, lors d'une révolte des Arabes. Il a été fort peu connu de son fils qui avait à peine 7 ans lorsque cet événement eut lieu.

Du côté maternel : grand'mère « nerveuse » ; serait morte d'hémorrhagie cérébrale. Le grand-père n'a pas été connu du malade.

Sa mère exerçait, elle aussi, la profession d'artiste dramatique; elle abusait des boissons alcooliques : elle est morte, à l'âge de 57 ans, à l'hôpital Saint-Antoine.

Un des frères de sa mère, comédien, buvait beaucoup d'absinthe; il est mort également à l'hôpital Saint-Antoine.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de 34 ans, sa santé avait été parfaite; seulement il était très nerveux, très émotif. Il pleurait pour les motifs les plus futiles quand il allait au théâtre comme spectateur ; il lui arrivait souvent de pleurer au moment des scènes pathétiques ; le cœur lui battait, il se sentait serré à la gorge et se mettait à sangloter. Par contre, lorsqu'il est de l'autre côté de la rampe, jouant son rôle d'acteur, il ne s'émeut jamais hors de propos. Il joue les comiques, les « queues-rouges » comme on dit dans le métier.

Il y a dix ans, il apprit que sa femme le trompait, il en éprouva un violent chagrin; et ce fut là, semble-t-il, l'origine des premiers accidents nerveux bien caractérisés qu'il a éprouvés. Un jour, en sortant d'une rép étition, il sentit tout à coup que quelque chose lui montait à la gorge, il étouffait.

Quelques instants après, survinrent des battements dans les tempes, puis *un tremblement général très violent*, entrecoupé de sursauts, de brusques secousses dans les membres. Il ne perdit pas connaissance. Ces troubles se calmaient pendant quelques heures, puis reparaissaient comme de plus belle. Cette crise dura près de dix jours et, pendant tout ce temps-là, il dut garder la chambre.

A partir de cette époque il eut des attaques semblables, tous les six ou huit mois, toujours à la suite de contrariété, et c'est à peu près constamment vers minuit ou une heure du matin, après le spectacle, qu'elles éclataient.

Il y a deux ans, en avril 1887, il était alors à Angoulême régisseur d'un concert-théâtre où il jouait la comédie, lorsqu'il apprit tout à coup que le directeur de cet établissement avait fait faillite et s'était enfui. A cette occasion, il fut pris d'une nouvelle crise de tremblement précédée d'une aura caractéristique; pendant deux jours le tremblement des membres fut si intense que le malade ne pût pas quitter le lit. Au bout de cette période, le tremblement des membres s'étant amendé, mais sans disparaître complètement, il voulut se lever pour reprendre ses occupations. A son grand désappointement, à peine les pieds avaient-ils touché le sol, qu'il s'affaissa et tomba lourdement sur les genoux. Il était abasique et astasique et se trouvait exactement dans l'état où nous le retrouvons aujourd'hui. Le malade raconte, en effet, d'une manière très nette, que les membres inférieurs, qui, dans la station debout, ne pouvaient pas le supporter, étaient capables cependant, lorsqu'il était couché sur son lit, d'exécuter tous les mouvements possibles avec force et précision. L'abasie-astasie dura alors près de quatre mois, pendant lesquels le malade fut traité à l'hôpital d'Angoulême. L'amélioration ne s'est produite que très lentement. Ce n'est qu'après deux mois de séjour au lit absolu, que la station et la progression ont été possibles, mais avec le secours de béquilles. Enfin la marche put s'exécuter simplement à l'aide d'une canne. Mais la guérison n'a pas été complète.

Depuis cette époque il a été impossible à Cherub... de remonter sur la scène. C'est qu'en effet, bien qu'il pût se tenir debout et marcher, les membres inférieurs, tantôt l'un tantôt l'autre, se dérobaient tout à coup sous lui de temps en temps, et plusieurs fois des effondrements l'ont précipité à terre. Avec l'amélioration des troubles fonctionnels dont ses membres inférieurs avaient été le siège, le tremblement des quatre membres s'était atténué et avait fini par disparaître. Les choses étaient en cet état, lorsque, à la fin de l'année dernière, le 13 novembre 1888, en apprenant une nouvelle perte d'argent, il fut pris derechef d'une *crise de tremblement précédée de l'aura hystérique* semblable aux précédentes. Au bout de deux jours, le tremblement s'étant un peu calmé, le malade voulut sortir du lit, mais l'astasie

s'était reproduite et ce syndrome et le tremblement qui l'accompagne persistent encore aujourd'hui « depuis huit mois ».

Entré à la suite de cette dernière crise à l'hôpital Saint-Antoine en mars, il a été adressé à M. Charcot par M. le docteur Raymond, le 10 mai 1889.

État actuel (10 mai 1889). *Motilité.* — Astasie et abasie. Il peut marcher à quatre pattes sur les genoux et les mains, se tenir sur ses genoux, marcher sur ses genoux le corps droit; au lit ou assis il exécute tous les mouvements qu'on lui prescrit, etc. Energie musculaire bien conservée, résistance insurmontable.

Réflexes rotuliens un peu brusques, quelques secousses, deux ou trois, de trépidation épileptoïde qui cessent aussitôt.

Membres supérieurs, dynanomètre : main droite, 24 kilogr.; main gauche, 15 kilogr.

Force et motilité bien conservées.

Rien à noter du côté des sphincters.

Sensibilité générale. — Anesthésie de la cornée et de la conjontive des deux yeux.

Légère diminution de la sensibilité au contact, à la température, à la piqûre, dans tout le côté droit.

Sens musculaire partout bien conservé, pas d'anesthésie pharyngienne.

Sens. — Ouïe, pas de différence notable.

Odorat, diminué à droite.

Goût, diminué à gauche.

Vision, rétrécissement du champ visuel à 70° pour l'œil droit.

Tremblement. — Le malade a séjourné à la Salpêtrière depuis le 10 mai 1889 jusqu'au 6 septembre. Pendant ces quatre mois le tremblement de Cherub.... a persisté sans interruption. C'est un tremblement rapide, vibratoire, généralisé.

Les oscillations apparaissent dans les tracés que nous avons obtenus sur ce malade régulièrement espacés, mais d'amplitude inégale. Leur nombre est de 9 par seconde en moyenne.

Sous l'influence des émotions, le tremblement devient parfois excessivement rapide (12 à 13 oscillations). Ce fait s'est produit notamment un jour qu'il avait appris une nouvelle fâcheuse.

Quand le malade est sorti de la Salpêtrière, guéri de son abasie, il tremblait encore comme au jour de son entrée dans le service de la clinique.

En résumé, il existe une forme de tremblement hystérique caractérisée par des oscillations brèves, rapides, en un mot, véritablement vibratoire.

Les observations que nous venons de rapporter démontrent que ce tremblement peut se généraliser, persister pendant plusieurs mois consécutifs et s'accompagner, durant les phases d'aggravation qui succèdent à l'excitation des zones hystérogènes, aux attaques, aux émo-

tions, etc., de contractions fibrillaires des muscles et notamment des muscles de la face, des lèvres; en pareil cas, il communique aux sujets qui en sont atteints un habitus extérieur qui n'est pas sans analogie avec l'aspect bien connu des malades affectés de trémulation alcoolique, de paralysie générale ou bien du tremblement symptomatique de la maladie de Basedow.

Ce tremblement hystérique vibratoire disparaît pendant le sommeil. A l'état de veille, il ne s'efface jamais complètement, même quand le sujet est au repos. Il ne s'accroît sous l'influence des mouvements volontaires que d'une manière nulle ou insignifiante; aussi ne gêne-t-il guère les malades que dans l'accomplissement des menus actes qui nécessitent la mise en œuvre de mouvements précis et délicats de la main et des doigts.

C'est là un premier *type* de tremblement hystérique qui, en raison de ses caractères cliniques et graphiques, de ses analogies étroites avec certaines variétés de tremblements vibratoires déjà décrites (tremblements alcoolique, de la paralysie générale progressive, de la maladie de Basedow), nous a paru devoir être distrait des autres formes de tremblement que nous allons maintenant étudier.

II

TREMBLEMENTS DE RHYTHME MOYEN OU INTERMÉDIAIRES COMME NOMBRE D'OSCILLATIONS ENTRE LES TREMBLEMENTS VIBRATOIRES ET LES TREMBLEMENTS LENTS

L'examen des tracés que nous avons pu recueillir, à la Salpêtrière, dans le cours de la précédente année, nous a montré que les cas dans lesquels le tremblement est constitué par des oscillations se succédant au nombre de 5 1/2 à 7 1/2 par seconde sont de beaucoup les plus nombreux.

Ce rhythme moyen est certainement le rhythme de prédilection des tremblements hystériques; les tremblements vibratoires et ceux à oscillations lentes sont relativement rares, presque exceptionnels. A ce point de vue, nos observations confirment donc pleinement la remarque formulée, il y a plus de trois ans, par M. le professeur Charcot touchant le rhythme de ces tremblements. Il est certain, en effet, qu'envisagés au point de vue de la vitesse de leur rhythme, les tremblements hystériques constituent, pour la très grande majorité des

faits, « une catégorie intermédiaire » qui, dans la classification générale des tremblements proposée par notre maître, a sa place entre le groupe des tremblements rapides et celui des tremblements lents.

Ainsi donc, les cas de tremblements hystériques observés par nous et qui figureront dans ce chapitre possèdent tous ce commun caractère : un rhythme sensiblement identique (de 5 1/2 à 7 1/2 oscillations par seconde). Mais il ne s'ensuit pas nécessairement qu'ils sont susceptibles d'être englobés dans une même description.

Il est évident que la notion du rhythme, c'est-à-dire de la fréquence des oscillations qui composent les tremblements, ne saurait toujours suffire à elle seule pour indiquer leur physionomie clinique. Et cela est particulièrement vrai pour cette catégorie de tremblements dont il s'agit ici et qui, n'étant ni très rapides ni très lents, possèdent en somme un rhythme qui, par lui-même, est peu fait pour frapper. Par contre, la généralisation du trouble moteur, sa localisation aux deux membres inférieurs, à ceux d'un même côté du corps, etc., les modifications qu'il présente sous l'influence du repos et des mouvements actifs, sont autant de caractères bien autrement saillants à l'œil de l'observateur que ne l'est le degré de rapidité des oscillations. Ce sont ceux qui, en clinique, impriment à chaque espèce de tremblement son allure, son aspect particuliers. Or, on conçoit aisément que tous ces caractères puissent varier d'un cas à l'autre, alors que le rhythme du tremblement est toujours le même. C'est ainsi que la classification que nous avons adoptée au début de ce travail nous conduit à réunir dans ce présent chapitre les observations d'hystériques qui, tout en tremblant sur un rhythme identique, se présentaient cependant, dans la réalité, sous des aspects fort dissemblables.

Mais la diversité de ces aspects n'est pas telle qu'on ne puisse, en rapprochant les faits similaires et surtout en les groupant d'après leurs analogies avec d'autres tremblements déjà décrits et classés en pathologie nerveuse, les ramener légitimement à quelques types cliniques assez bien tranchés et susceptibles d'une description méthodique. Parmi ces types de tremblements hystériques que nous allons décrire, il en est un qui reproduit trait pour trait le tremblement mercuriel ; un autre est la copie fidèle du tremblement symptomatique de la sclérose en plaques ; un troisième, par sa localisation aux membres inférieurs et son rhythme, rappelle à s'y méprendre la trépidation spinale de la paraplégie spasmodique. — De ces espèces de tremblements ils sont en quelque sorte les « sosies » hystériques, et les sosies parfois trompeurs.

Tremblement rémittent-intentionnel (type Rendu).

Par ses caractères, par l'apparence extérieure qu'il communique aux sujets qui en sont affectés, ce type de tremblement hystérique imite d'une façon parfaite le tremblement mercuriel, tel du moins que le dépeignent dans sa forme la plus accomplie, les observations les plus précises, les descriptions les mieux conduites. Il simule aussi le tremblement de la sclérose en plaques, mais d'une façon beaucoup moins exacte; car, si, pareillement à ce dernier, toujours il s'éveille ou s'accroît à l'occasion des mouvements volontaires, il persiste dans certaines attitudes de repos, ce que ne fait jamais le tremblement de la sclérose multiloculaire. Celui-ci, comme chacun sait, toujours s'apaise et cesse dès que le malade passe de l'action à l'état de repos.

Les hystériques trembleurs qui répondent au type clinique que nous avons en vue sont constamment agités, qu'ils soient en marche, qu'ils se tiennent debout ou assis, par des secousses rhythmiques généralisées ou suffisamment amples pour que l'œil de l'observateur puisse aisément les dissocier. Si l'on examine un de ces sujets alors qu'il est assis sur une chaise, les pieds posés à plat sur le sol et les avant-bras reposant sur les genoux, voici ce que l'on peut constater : la tête oscille avec un mouvement de va-et-vient dans le sens antéro-postérieur; les avant-bras et les mains sont animés de légers mouvements de flexion avec pronation et d'extension en sens inverse qui se succèdent régulièrement; les doigts suivent aussi ces mouvements, mais d'une manière passive, ils ne tremblent pas pour leur propre compte. Aux membres inférieurs, les avant-pieds ne quittent pas le sol, mais les talons se soulèvent et s'abaissent alternativement, frappant le parquet de petits coups secs régulièrement espacés, imitant le bruit et le mouvement de trépidation d'une personne assise et qui s'impatiente. Les choses étant ainsi, si l'on ordonne au malade d'élever une de ses jambes en la maintenant étendue, ou de placer ses bras dans l'attitude du serment, le tremblement prend aussitôt une amplitude notablement plus grande dans les membres soulevés.

Mais si on vient à lui commander un acte qui nécessite de sa part de l'attention et de la précision dans les mouvements, si on lui ordonne, par exemple, de saisir un verre rempli d'eau et de le porter à sa bouche, on voit, dès que la main s'approche du verre, les oscillations s'accentuer progressivement et croître rapidement en étendue et en énergie, de sorte que le contenu du vase est bientôt projeté de tous côtés. On comprend par là que l'écriture et les autres actes de la vie

journalière qui exigent tant soit peu de précision dans les mouvements de la main sont rendus très difficiles et souvent même impossibles (fig. 12).

La langue tremble aussi quelquefois. Il en était ainsi chez nos deux malades des observ. III et IV. La trémulation dont elle est le siège

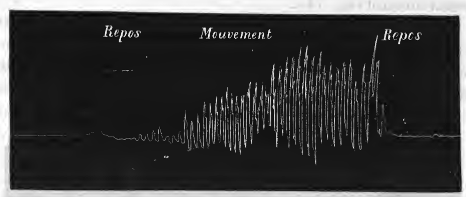


FIG. 12. — Blumberg... Malade couché. Tremblement nul au repos, provoqué par un mouvement intentionnel du membre supérieur.

s'ajoutant aux saccades de la tête, peut gêner l'élocution. La parole est alors hésitante, entrecoupée, on pourrait presque dire scandée.

Si maintenant l'on enjoint au malade de se lever et de se tenir debout, aussitôt les oscillations dont tout le corps est animé prennent une amplitude et une brusquerie plus grandes : la tête, le tronc, les membres, le corps tout entier entre dans un état d'agitation violente, à tel point que, parfois, le sujet a peine à se tenir debout et menace de tomber. Dans cette attitude, les membres inférieurs sont animés de



FIG. 13. — Blumberg... Tremblement de la tête (malade au repos, puis en marche).

légers mouvements de flexion et d'extension qui ont pour centre principal l'articulation du genou, de sorte que le tronc et les épaules oscillent dans le sens vertical (fig. 13). Quand le sujet se met en marche, le tremblement redouble encore. Il avance ou bien en hésitant, les jambes écartées, ou bien en raidissant les membres inférieurs comme pour éteindre les secousses du tremblement. Dans le premier cas, la démarche est incertaine et comme titubante; dans le second cas, elle est saccadée,

mais ferme et assurée. Si l'on invite le malade à s'étendre tranquillement sur son lit, dans une attitude abandonnée, comme pour dormir, aussitôt le tremblement disparaît et le sujet repose dans une immobilité complète. Mais qu'il vienne à soulever sa tête au-dessus de l'oreiller, à élever un de ses membres au-dessus du plan du lit, le tremblement se reproduit aussitôt (fig. 14).

Le décubitus horizontal est donc, à l'état de veille, la seule attitude qui entraîne à coup sûr la cessation du tremblement. Nous devons dire cependant que, parfois aussi, dans l'attitude assise, on peut voir ce tremblement s'atténuer et même disparaître pour quelques instants. Mais ceci n'a lieu que lorsque le malade est dans un état de calme

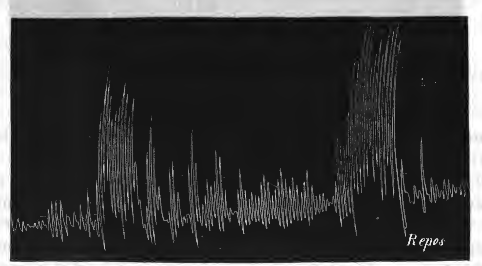


Fig. 14. — Malade assis. Tremblement du membre supérieur droit persiste au repos, s'accentue à l'occasion d'un mouvement intentionnel.

absolu; et pour peu qu'il se sente observé, les oscillations reparaissent aussitôt.

En somme, ce tremblement persiste au repos, que le malade se tienne debout ou qu'il soit assis. Il peut cependant disparaître, mais momentanément et pour de très courts instants quand le sujet repose dans cette dernière attitude. Il cesse toujours et complètement dès que le malade prend la position couchée. Toujours il s'accentue à l'occasion des mouvements volontaires. C'est pourquoi il nous a paru mériter la double qualification de rémittent-intentionnel que nous proposons de lui appliquer.

A ce qui précède, ajoutons que ce tremblement, comme toutes les autres variétés de tremblement hystérique, prédomine généralement dans les membres d'un des côtés du corps, qu'il peut se localiser diversement, respectant tantôt la tête, tantôt les membres inférieurs, etc., qu'il s'exagère sous l'influence des attaques, d'une émotion même

légère, de l'excitation des zones hystérogènes, qu'il peut persister des années entières, et nous aurons indiqué d'une façon à peu près complète et son aspect et ses allures.

Il est facile de comprendre en quoi ce type de tremblement hystérique ressemble au tremblement de la sclérose en plaques et en quoi il en diffère.

Lorsqu'on voit un malade affecté de cette forme de tremblement se lever et se mettre en marche, on peut, au premier abord, se croire en présence d'un cas de sclérose en plaques. Les oscillations dont sa tête est secouée, ses gestes maladroits, sa démarche incertaine et comme titubante, toute sa silhouette qui tremble et qui vacille évoquent assez justement dans l'esprit de l'observateur le tableau que présentent la plupart des malades atteints de sclérose multiloculaire, quand ils sont en mouvement. Sans compter que l'élocution du sujet, souvent embarrassée et entrecoupée, rappelle d'une façon à peu près exacte le parler lent et comme scandé symptomatique de cette affection. Enfin, si l'on considère le tremblement en lui-même, on est nécessairement frappé par son accentuation sous l'influence des mouvements intentionnels; que l'on se borne à examiner le malade couché sur son lit, et on croira que ce tremblement cesse d'exister au repos, ce qui vrai dans cette attitude, et qu'il est purement et simplement intentionnel, c'est-à-dire identique au tremblement de la sclérose en plaques. La confusion est dès lors possible. Et de fait, un des malades dont nous rapportons plus loin l'observation a été ainsi et bien à tort diagnostiqué : sclérose en plaques.

Mais là se bornent les analogies. Les dissemblances sont faciles à saisir. Il suffit, pour en être frappé, de jeter les yeux sur un de ces trembleurs hystériques pendant qu'il est assis. On voit alors que ses mains continuent à trembler, alors même qu'il les laisse reposer, soit sur ses genoux, soit sur une table placée près de lui. Ce tremblement persiste donc même au repos, et ce caractère permet à lui seul de le différencier immédiatement du tremblement de la sclérose en plaques.

Lorsqu'un sujet atteint de sclérose en plaques s'est commodément assis sur une chaise et qu'il laisse reposer ses mains sur ses genoux, sa tête pourra osciller encore un peu et ses membres inférieurs trépider, si sa paraplégie spasmodique est quelque peu accentuée, mais ses mains ne trembleront pas; elles ne trembleront qu'autant qu'il cherchera à saisir un objet, qu'il les élèvera pour accomplir un acte quelconque.

Et puis le tremblement hystérique est mieux rhythmé; ses oscillations sont plus fréquentes. Il n'a pas cet air de va et vient, de balance-

ment un peu lent que présente le tremblement de la sclérose en plaques.

Somme toute, en dépit des analogies réelles qui existent entre ce type de tremblement hystérique et le tremblement symptomatique de la sclérose en plaques, nous croyons qu'ils se différencient l'un de l'autre par des caractères assez nets, pour qu'il soit impossible de les confondre. A supposer même que dans un cas donné on oublie de rechercher avec soin tous les autres symptômes possibles de la névrose, les stigmates, les zones hystérogènes, les attaques convulsives antérieures, etc., à ne considérer que le symptôme tremblement, une erreur de diagnostic à ce sujet nous semblerait difficile à justifier.

Parallèle des tremblements hystériques et des tremblements mercuriels.

Si ce type de tremblement hystérique dont nous nous occupons ne simule qu'imparfaitement le tremblement de la sclérose en plaques, il est bien de tous points semblable au tremblement mercuriel, tel qu'il apparaît dans sa forme généralisée, à son plus haut degré de développement, tel qu'il est dépeint par différents auteurs dans maintes observations relatives à des cas typiques. Qu'on parcoure la série des faits qui figurent (pour ne parler que des travaux les plus récents) dans la thèse de Maréchal, dans le mémoire de M. Letulle (*Archives de physiologie*, 1887), dans les leçons de notre maître M. le professeur Charcot, dans une thèse récente faite sous l'inspiration de M. Letulle[1], dans tous ces faits, à quelques légères variantes près, le tremblement se présente avec les mêmes caractères : la tête oscille dans le sens antéropostérieur ou transversal, la langue participe ou non au tremblement, ce tremblement persiste au repos, il ne cesse que dans les moments de calme absolu, dans certaines attitudes où la résolution musculaire est complète; la plus légère émotion, le fait seul d'éveiller l'attention du malade en lui adressant la parole, produisent une accentuation du tremblement, qui toujours *s'accroît d'une manière frappante à l'occasion des mouvements intentionnels*, rappelant ainsi le tremblement de la sclérose en plaques (Voir les observations II, III, IV, IX du mémoire de M. Letulle[2], l'observation XIV du nommé Schumach... qui figure dans la thèse de Maréchal, et qui plus tard a été l'objet d'une leçon de M. Charcot. — On pourrait citer aussi toutes les observations communi-

1. Mugnerot, *Du tremblement mercuriel et de son Traitement par les agents esthésiogènes*, Paris, 1889. Thèse de doctorat.
2. Letulle, *Archives de physiologie*, 1887.

quées par M. Letulle qui figurent dans la thèse de M. Mugnerot). Il est incontestable que tous ces caractères sont exactement ceux du tremblement hystérique-rémittent, intentionnel, que nous venons de décrire, et l'on est bien fondé à dire que ce tremblement est *identique*, au moins quant à la forme, au tremblement mercuriel.

C'est ici le lieu de rappeler que l'hystérie est assez souvent provoquée par l'hydrargyrisme. On conçoit aisément qu'un mercuriel devenu hystérique à la faveur même de son intoxication puisse présenter un tremblement relevant de l'hystérie et simulant le tremblement mercuriel. La réalité du fait s'est trouvée établie le jour où M. Letulle[1] a obtenu à l'aide des agents esthésiogènes ou par des procédés purement suggestifs (application de la bande élastique), la guérison rapide, quasi instantanée de tremblements rapportés à l'intoxication mercurielle. Et dès lors la question se trouva posée : *Tous les tremblements dits mercuriels sont-ils d'origine hystérique?* Question intéressante à plus d'un titre, mais à laquelle il n'est pas facile de répondre.

M. Letulle estime que pour le plus grand nombre, il n'ose pas dire pour la totalité des cas, les tremblements mercuriels appartiennent à la grande névrose.

Dans une leçon sur les tremblements hystériques, M. Charcot[2] a formulé son opinion à ce sujet dans les termes suivants : « Avant plus ample informé, je reste disposé à croire qu'il existe un véritable tremblement mercuriel indépendant de l'hystérie et émanant directement, en d'autres termes, de l'intoxication hydrargyrique; mais qu'à côté de lui il faut apprendre à distinguer des cas où, chez les hydrargyriques, l'hystérie se développe et donne lieu à un tremblement méritant cette fois de porter légitimement le nom d'hystérique. En quoi ce tremblement-ci différera-t-il cliniquement du premier? Cela restera à déterminer. »

Nous nous associons à ces sages réserves et nous pensons que toute réponse catégorique à cette difficile question serait pour le moment prématurée, faute de documents suffisamment nombreux et précis. Nous devons dire cependant que dans le cours d'une enquête encore inachevée et dont nous nous proposons de publier prochainement les résultats définitifs, étudiant avec soin les caractères des tremblements mercuriels, les conditions de leur apparition, les différents troubles névropathiques qui presque toujours accompagnent ce symptôme, nous avons noté dans quelques ateliers des faits qui nous portent à penser que les tremblements dits mercuriels sont le plus souvent de *nature hysté-*

1. Letulle, *loc. cit.*
2. Charcot, *Progrès médical*, 6 septembre 1890.

rique. Chaque fois que, dans un atelier, on nous a présenté un « beau cas » de tremblement mercuriel, nous avons trouvé chez le malade des stigmates hystériques, des attaques ou des ictus apoplectiques. Nous avons été frappé également par la diversité des formes de ces tremblements mercuriels; on y retrouve précisément les mêmes modalités qui s'observent chez les trembleurs hystériques, les mêmes modes de débuts, tantôt insidieux, tantôt brusques et sous forme d'attaques. Et quand on interroge attentivement ces malades, presque toujours alcooliques, on apprend que l'apparition du tremblement a été précédée chez eux d'une sorte de période préparatoire faite d'excitabilité nerveuse, d'insomnies, de vertiges, et tout à fait analogue à celle qui existe si souvent chez les hystériques vulgaires à la veille des premiers symptômes significatifs; qu'au moment de l'accès, dans les cas à début subit, ils ont éprouvé des étouffements, un sentiment de constriction à la gorge, des battements dans les tempes, toutes sensations qui rappellent assez bien les symptômes de l'aura hystérique. Mais, pour avoir ces détails qui dans l'espèce ont bien leur importance, il faut interroger les malades avec plus de précision, avec plus d'insistance qu'on n'a coutume de le faire.

Et puis, dans ces visites aux ateliers on est frappé véritablement par une foule de particularités qui montrent bien la grande part de l'*idée*, de la suggestion, pour nous servir du mot à la mode, dans l'éclosion des tremblements mercuriels. Suivant la très juste remarque de M. Letulle, beaucoup d'ouvriers redoutent, *attendent* leur tremblement. Et les patrons savent fort bien qu'un ouvrier trembleur dans leur atelier est « un mauvais exemple », qu'il *gêne* ses camarades, qu'il peut devenir le point de départ d'une petite épidémie, et il en est qui renvoient l'ouvrier trembleur comme on ferait d'un malade atteint d'une affection contagieuse.

Nous avons vu un ouvrier doreur qui, après avoir exercé son métier pendant dix-sept ans sans jamais présenter le plus léger tremblement, quitta la maison où il avait toujours travaillé jusque-là, pour entrer « dans un atelier où l'on tremble ». C'est là son expression. Le *surlendemain* du jour où il pénétra dans cet atelier ainsi mal famé, il fut brusquement pris de tremblement, cet homme est hémianesthésique. Les ouvriers disent qu'il y a des ateliers « où l'on tremble » et des ateliers « où l'on ne tremble pas; » et cette différence, cette inégalité devant le tremblement n'est véritablement pas toujours imputable à une installation défectueuse ou à la négligence des mesures de prophylaxie.

Voici deux faits qui nous ont été obligeamment communiqués par

M. le docteur Vaquez et qui montrent bien la part qui revient « à l'idée » dans la genèse de ces tremblements. Ils nous paraissent être on ne peut plus significatifs. Ils ont été relevés par notre ami au cours d'une enquête faite par M. Letulle, dont il était alors l'interne, et qu'il accompagnait dans ses visites aux ateliers.

« Dans un atelier de la rue Barbette, où l'on ne travaille qu'à l'empaquetage des poils de lapins, pour les expédier en Belgique où ils sont foulés et travaillés, un seul employé tremblait. Cet employé était occupé au bureau dans les écritures, il était syphilitique et *suivait un traitement mercuriel.* Jamais il ne maniait les peaux mercurialisées.

« Dans un atelier de coupeurs de poils où l'on pouvait rencontrer quelques vieux trembleurs, on nous présenta une femme d'âge moyen, robuste et bien portante, qui avait été au service, comme cuisinière, des maitres de la maison. Cette femme n'entrait jamais dans les ateliers, cependant au bout de six mois elle présentait un tremblement tel qu'elle dut interrompre tout service. Elle expliquait cela en disant que le parquet de sa chambre était si mal joint, que les vapeurs mercurielles devaient évidemment pénétrer chez elle. Ayant quitté la maison elle cessait de trembler au bout d'un mois et cela pour toujours. Dans la même maison, de vieux employés travaillaient depuis vingt ans au coupage ou au brossage sans avoir jamais tremblé. »

En somme, nous croyons que plus on étudiera les tremblements mercuriels plus on sera conduit à reconnaître que la très grande majorité de ces tremblements ne relèvent pas directement de l'intoxication hydrargyrique, qu'ils ne sont nullement sous la dépendance (suivant une théorie qui semblait naguère très acceptable) de lésions organiques du système nerveux périphérique, qu'ils sont de l'ordre de ces troubles purement *fonctionnels* qui figurent d'ailleurs dans la pathologie de toutes les intoxications professionnelles. L'identité de ces tremblements et des tremblements hystériques, la coexistence, très fréquente chez les malades exposés à l'intoxication mercurielle, de ces tremblements et des stigmates de l'hystérie ; la guérison rapide de ces tremblements sous l'influence des agents esthésiogènes, autorisent à affirmer qu'ils sont pour la plupart des tremblements de nature hystérique développés à la faveur de l'intoxication mercurielle. Mais, cela étant accepté, il restera toujours le groupe des cas dans lesquels le tremblement se présente seul, sans accompagnement d'aucun autre trouble hystérique. Et c'est à l'étude des faits de cette catégorie qu'il faudra s'attacher désormais pour déterminer les caractères des tremblements mercuriels proprement dits.

Voici les observations sur lesquelles repose la description précédente du tremblement rémittent-intentionnel (type Rendu) :

OBS. III. — *Hystérie provoquée par une émotion violente. — Tremblement hystérique* (type Rendu). — Le nommé Blumberg..., âgé de trente-six ans, rempailleur de chaises, est entré à la Salpêtrière dans le service de M. le professeur Charcot le 26 juin 1889.

Antécédents héréditaires. — Mère épileptique, morte en état de mal, à l'âge de trente-six ans. — Père mort de pneumonie à soixante-huit ans, pas nerveux, pas alcoolique, un *frère* du malade est épileptique.

Antécédents personnels. — Dans son enfance il a uriné au lit jusqu'à l'âge de dix ans. Puis sa santé a été parfaite jusqu'à l'âge de dix-huit ans. A dix-huit ans, B... s'engagea dans un régiment de l'armée d'Afrique. Pendant son séjour en Algérie, il eut la fièvre typhoïde ; puis la fièvre intermittente (type tierce). Il a gardé cette fièvre pendant près de trois ans. Il était complètement rétabli lorsqu'il fut libéré du service militaire à vingt-cinq ans: il rentra alors en France et reprit son métier d'ouvrier chaisier. Il n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte ; il n'est ni alcoolique ni syphilitique. Il est marié et père d'un enfant âgé de six ans.

Histoire de la maladie. — Un jour du mois de septembre 1887, le malade vit son jeune enfant près d'être écrasé par une voiture de place. Il se précipita au-devant du cheval et put l'arrêter à temps. Son enfant n'eut pas de mal, mais le malade éprouva une émotion violente ; il se sentit près de défaillir. Pendant la nuit suivante il dormit fort mal, dès qu'il était endormi il revoyait en rêve la scène de la veille et se réveillait en sursaut.

Le lendemain, il se plaignait d'un violent mal de tête. Cette céphalalgie qui consistait en des élancements très douloureux dans les tempes persista pendant plusieurs heures consécutives et reparut par la suite tous les deux ou trois jours.

A la suite de cet accident, sa santé qui auparavant était excellente se modifia complètement. Ses forces déclinèrent, il perdit l'appétit et maigrit beaucoup. Il n'avait plus d'entrain pour travailler. La mémoire était fort amoindrie ; il oubliait à tout moment ce qu'il venait de faire et ne se rappelait plus le lendemain ce qu'il avait projeté de faire la veille. Il continuait cependant à travailler tant bien que mal, régulièrement.

Ces divers troubles persistaient sans s'atténuer le moins du monde, lorsque dans les premiers jours d'octobre, un mois après l'accident que nous venons de raconter, il lui arriva de tomber sans connaissance dans les circonstances que voici : un matin, vers huit heures, il se rendait à pied au domicile d'un de ses clients, lorsque tout-à-coup il se sentit pris de vertige, de bourdonnements d'oreilles ; presque aussitôt sa vue se troubla et il tomba sans connaissance. Quand il revint à lui, une demi-heure après, il se retrouva dans une pharmacie où des passants l'avaient transporté. On lui dit qu'il avait eu des convulsions, qu'il s'était débattu très fort et qu'on avait eu beaucoup de peine à le maintenir. Il voulut se lever, mais ses jambes tremblaient très fort et se dérobaient à chaque pas. On dut le reconduire chez lui en voiture. Il se mit au lit en arrivant. Il remarqua que sa jambe gauche tremblait plus fort que la droite. Il se souvient aussi qu'il lui était impossible

de fixer son regard sur un objet quelconque sans être aussitôt repris de vertiges.

Le lendemain, toujours tremblant sur ses jambes, il se rendit à pied, mais soutenu par deux personnes, à l'hôpital Lariboisière. Là, dans la salle d'attente de la consultation, il eut une seconde attaque. Il se rendit mieux compte cette fois des sensations qu'il éprouva avant de perdre connaissance. Il ressentit d'abord, nous dit-il, comme une boule qui lui remontait du creux de l'estomac à la gorge, il suffoquait; il avait des palpitations, et puis des bruits dans les oreilles; ça lui tapait dans les tempes. Cela dura quelques minutes, après quoi sa vue se troubla et il perdit connaissance pendant un quart d'heure environ. Quand il revint à lui, il tremblait non seulement des jambes mais de tout le corps, ses dents claquaient. Le malade raconte que pendant les trois mois qu'il passa à Lariboisière, dans le service de M. le professeur Bouchard, on lui donna plusieurs fois son attaque en lui faisant fixer un crayon. Le tremblement diminua notablement à plusieurs reprises, mais il ne disparut jamais entièrement. Chaque attaque était suivie d'une recrudescence nouvelle. Huit jours après sa sortie de l'hôpital il eut, chez lui, une attaque très longue (trois heures) à la suite de laquelle il se trouva incapable d'articuler un seul mot et aussi de crier. Il resta ainsi muet et aphone pendant trois mois et demi. Il eut alors une nouvelle attaque au sortir de laquelle il recouvra la parole.

En mars 1888, il entra à l'hôpital Bichat dans le service de M. le docteur Huchard. Il y demeura trois mois et demi. Pendant ce second séjour à l'hôpital, il eut, encore après une attaque, « un gonflement du ventre qui disparut presque subitement » après avoir duré pendant plusieurs semaines.

Le tremblement persistait toujours. Bref, depuis sa première attaque le malade n'a jamais cessé de trembler; il n'a jamais pu reprendre ses occupations; il a toujours de temps à autre des attaques convulsives précédées des mêmes prodromes que nous avons indiqués plus haut.

B... s'est présenté à la consultation externe de la Salpêtrière le 25 juin dernier. M. le docteur Joffroy, qui, ce jour-là, dirigeait le service de la consultation, a bien voulu nous l'adresser. C'est à son obligeance que nous devons d'avoir pu admettre et observer ce malade dans le service de la clinique.

Etat actuel (25 juin 1889). — C'est un homme d'une taille au dessus de la moyenne et d'apparence robuste. Un examen méthodique révèle chez lui l'existence des stigmates suivants:

1° *Sensibilité générale.* — Une hémianesthésie gauche, complète, absolue, superficielle et profonde. Dans toute la moitié gauche du corps, la sensibilité au contact, la sensibilité à la douleur, la sensibilité thermique, sont complètement supprimées. Le sens musculaire est également aboli dans les divers segments du membre supérieur et du membre inférieur du même côté.

Anesthésie pharyngienne totale.

2° *Sensibilité sensorielle.* — L'ouïe est très affaiblie à gauche. L'odorat et

le goût sont abolis des deux côtés. *Vision*. Dyschromatopsie pour le violet. Le champ visuel n'a pu être examiné, parce que la fixation du regard détermine rapidement l'attaque convulsive. *Zone hystérogène*. On peut aussi provoquer l'attaque en exerçant une pression assez forte, soit sur la région du flanc droit, soit dans le flanc gauche, au point indiqué sur la figure ci-jointe. La compression de cette zone, tout comme la fixation du regard sur un objet quelconque, est immédiatement suivie de l'apparition de l'aura hystérique. Le malade accuse d'abord une sensation de boule qui de l'épigastre lui remonte à la gorge et l'étouffe, il a des palpitations, puis des bourdonnements d'oreilles, des battements dans les tempes; peu après il voit trouble, il chancèle, tombe et l'attaque commence.

L'*attaque* commence par une phase épileptoïde très courte; puis vient une série de grands mouvements (salutations) de contorsions, interrompus de temps en temps par un arc de cercle caractéristique. Pendant cette seconde période le malade crie, cherche à se mordre les mains, déchire ses habits. Enfin les grands mouvements cessent, le malade sanglote et pleure pendant quelques instants. A ce moment, si on l'interpelle vivement il répond aux questions qu'on lui pose et l'attaque est finie.

(Les attaques spontanées que le malade a eues ultérieurement pendant son séjour à l'hôpital ne diffèrent en rien de l'attaque provoquée.)

Motilité. — Les troubles permanents de la motilité qu'on observe chez B... sont les suivants : 1° Un hémispasme de la lèvre supérieure qui fait que la commissure gauche est plus élevée que la droite et que le sillon naso-genien du côté gauche est plus profond, plus accusé que celui du côté opposé. La langue est tirée droite et se meut librement dans tous les sens.

2° Une parésie légère des membres du côté gauche. Le malade accuse de lui-même cet affaiblissement du bras et de la jambe gauches. A l'exploration dynamométrique on obtient: pour la main gauche, 15 kilogr.; pour la main droite, 45 kilogr.

Et, dans l'expérience des mouvements provoqués avec résistance de la part du malade, les divers segments du membre supérieur et du membre inférieur opposent une résistance beaucoup moindre à gauche qu'à droite.

Toutefois, cette parésie n'est pas telle que le malade ne puisse exécuter avec son bras et sa jambe tous les mouvements qui lui sont prescrits, et cela avec précision et rapidité. Ainsi il se sert fort bien de sa main gauche pour tous les actes de la vie usuelle; il ne boîte nullement en marchant, peut sauter à cloche-pied sur son pied gauche, etc.

Les réflexes tendineux ne sont pas exagérés, mais plutôt affaiblis.

3° *Tremblement*. — De tous les troubles de la motilité qu'il présente, le plus marqué, celui qui le gêne et l'incommode le plus, c'est le tremblement. Ce tremblement n'a jamais cessé d'exister depuis qu'il est apparu à la première attaque, c'est-à-dire depuis deux ans. Nous l'avons attentivement observé pendant ces derniers mois (août et septembre), et voici quels sont ses caractères : il est généralisé, la tête, les membres et le corps tout entier sont secoués, quand le sujet est debout ou assis, de saccades régulièrement

rhythmées. L'amplitude des secousses est assez grande, et l'on pourrait aisément les compter si elles se succédaient avec un peu moins de rapidité. Elles sont surtout accentuées à la tête et aux membres inférieurs. Aux membres supérieurs le tremblement est relativement moins intense; les oscillations se montrent plus régulières, plus larges au membre supérieur droit qu'au membre supérieur gauche.

A la tête les oscillations se font dans le sens antéro-postérieur, le malade dit « oui ». Il ne s'agit nullement de mouvements passifs, communiqués, mais bien de secousses actives de flexion et d'extension ; nous nous en sommes assuré en immobilisant complètement les membres inférieurs du malade par une pression très énergique exercée sur ses genoux alors qu'il était dans la station assise. Elles ne cessent ni dans la station assise ni dans la station debout. Aux membres supérieurs, le tremblement est particulièrement prononcé au niveau des mains, quelle que soit l'attitude des membres supérieurs. Qu'ils soient pendants le long du corps, ou que le sujet étant assis ils reposent sur ses genoux, les mains exécutent des mouvements alternatifs de flexion et d'extension; ces mouvements paraissent avoir pour centre l'articulation du poignet; les doigts à demi fléchis ou étendus sont entraînés dans le mouvement, mais ils ne paraissent pas être animés de secousses actives et qui leur soient propres.

Si l'on ordonne au malade d'étendre le bras, la face palmaire de la main tournée vers le sol, les oscillations s'accentuent manifestement, et leur amplitude s'accroît. Il en est de même lorsque le malade accomplit un mouvement volontaire, lorsqu'il porte un verre à sa bouche; alors les secousses croissent en étendue, en brusquerie, et le contenu du verre est projeté de toutes parts.

Les *membres inférieurs*, quand le sujet est debout, sont animés de petits mouvements alternatifs de flexion et d'extension qui ont évidemment pour centre les articulations du genou et du cou-de-pied, de sorte que le corps du malade s'abaisse et s'élève à chaque oscillation. On se rend très bien compte de ce fait en visant attentivement un point fixe situé sur le prolongement d'une ligne passant par le sommet de l'une ou l'autre épaule ; on voit alors celle-ci se déplacer au-dessus et au-dessous de cette ligne fictive.

Les mouvements de la marche s'exécutent à peu près normalement, bien que les secousses du tremblement prennent alors une amplitude plus grande; le malade raidit la jambe en posant le pied sur le sol. Il éteint par cet artifice les oscillations du tremblement et la démarche est assez assurée, l'agitation de la tête et des mains redouble. L'attitude qui favorise le mieux le tremblement des membres inférieurs est celle que présente le sujet quand il est assis, les jambes étant fléchies à angle droit, et les pieds reposant à plat sur le sol. Alors les talons se soulèvent et s'abaissent en frappant le parquet alternativement, les avant-pieds restant appuyés sur le sol; ces mouvements sont assez analogues à ceux destinés à faire marcher une pédale, et ils présentent tout à fait l'aspect de l'épilepsie spinale, avec cette différence que les réflexes tendineux sont dans ce cas plutôt diminués qu'exagérés. Ainsi, si on

redresse brusquement le pied, le tremblement cesse parfois un instant. Dès qu'on l'abandonne à lui-même, la trépidation reparaît. Les secousses se succèdent aux membres inférieurs avec une régularité parfaite, ainsi que le montre le tracé ci-joint.

Toutefois, on voit de temps en temps le tremblement s'atténuer un instant dans les moments de calme absolu, au point de disparaître presque, et après une courte pause reprendre son rhythme et son intensité dès que l'attention du malade est éveillée, dès qu'il se sent observé. Le tremblement des mains à l'état de repos présente aussi ce caractère.

Le nombre des oscillations est de 6 à 6 1/2 par seconde.

Il cesse complètement pendant le sommeil.

En somme, lorsqu'on voit le malade s'avancer avec sa démarche raidie, brusque, mais avec son tremblement général et les oscillations dont sa tête est secouée, on peut penser un instant qu'il s'agit d'un cas de sclérose en plaques; mais il n'y a là qu'une ressemblance grossière, et on ne tarde pas, pour peu qu'on examine le malade, à remarquer chez lui une foule de détails qui sont évidemment étrangers au tableau clinique que présente le tremblement de la sclérose en plaques. Ce dernier cesse toujours et complètement à l'état de repos. Lorsqu'on est en présence d'un malade atteint de cette affection, tranquillement assis, les avant-bras reposant sur ses genoux, la tête peut bien présenter quelques oscillations dans cette attitude, mais les mains ne tremblent pas du tout; elles n'oscillent que s'il agit, s'il les soulève, s'il veut saisir un objet. Or, ce n'est pas ainsi que les choses se passent chez notre malade. Les mains tremblent sans cesse, comme aussi ses membres inférieurs, qu'il soit assis ou au repos dans la station debout. Sans doute les oscillations augmentent d'amplitude, lorsque passant du repos à l'action il cherche à saisir un objet, ou simplement étend son bras dans l'attitude dite du serment; mais elles ne cessent pas d'exister, après qu'il a déposé l'objet et laissé sa main se reposer sur la table. Ce tremblement ne possède qu'une partie des caractères du tremblement de la sclérose en plaques. Il n'est pas purement et simplement *intentionnel*, puisqu'il persiste au repos. C'est pourquoi nous avons cru devoir distraire ce cas et celui qui va suivre du groupe des tremblements hystériques purement et simplement intentionnels.

Cependant lorsque le malade se couche sur son lit le tremblement s'apaise et disparaît complètement, pour réapparaître aussitôt qu'il soulève son bras, pour porter un verre à ses lèvres par exemple.

Quand on examine le malade ainsi couché, l'analogie est vraiment frappante entre ce tremblement et celui de la sclérose en plaques.

Ce tremblement existe donc depuis deux ans, et depuis l'entrée du malade à la Salpêtrière il n'a jamais cessé. Il s'accroît lorsque le malade est ému, en colère, ou contrarié. Il s'accroît surtout lorsqu'on comprime les zones hystérogènes qu'il présente au niveau des flancs, et il subit après chaque attaque une recrudescence qui dure deux ou trois jours.

OBS. IV. *Tremblement hystérique, rémittent-intentionnel*[1].

Le nommé Mas... âgé de trente-neuf ans, cultivateur, est entré dans le service de clinique des maladies nerveuses le 16 janvier 1890.

On ne connaît rien touchant ses antécédents héréditaires, car il est enfant assisté et n'a jamais connu ses parents. Il resta à l'hospice des Enfants-Assistés jusqu'à l'âge de onze ans. A cette époque, on l'envoya dans une ferme aux environs d'Auxerre et il y resta à cultiver la terre jusqu'à dix-neuf ans. Il s'engagea alors comme soldat pour la durée de la guerre de 1870, prit dès le début une pleurésie grave qui l'empêcha d'y prendre part, puis, à la fin de la campagne, reprit du service et resta soldat jusqu'en 1882, de dix-neuf à trente-deux ans. Il servit moitié en France, moitié en Algérie.

Libéré du service militaire, il travailla comme « plongeur » (laveur de vaisselle) dans les restaurants à Paris, pendant quatre mois. Il fut alors atteint d'un eczéma dans la paume des mains et aux pieds. Le médecin qu'il consulta lui ayant conseillé de changer de métier, il quitta Paris et alla travailler la terre aux environs d'Auxerre. C'est là qu'il fut pris, il y a deux ans, des troubles pour lesquels il s'est présenté à la consultation du bureau central, d'où M. P. Marie a eu l'amabilité de nous l'envoyer. Dans la période antérieure de sa vie, il n'avait eu aucun trouble nerveux. Il n'est ni syphilitique, ni alcoolique. C'est à dix-sept ans, alors qu'il travaillait à la campagne, qu'il eu sa première attaque de nerfs. Elle se produisit sans aucune cause provocatrice. Dans la suite, il en eut en moyenne une chaque mois, jusqu'à son arrivée au service militaire, pendant lequel il n'en eut qu'une seule. Plus tard, jusqu'à l'apparition de la maladie actuelle, il n'en eut point du tout. Ses attaques se ressemblent toutes, elles sont souvent provoquées par une contrariété. Voici comment il les décrit : « Ça le prend dans le ventre, puis ça monte en suivant le creux de l'estomac jusqu'à la gorge; la gorge est serrée, le cœur bat très fort; c'est comme s'il était étouffé. Il a des bruits dans les oreilles, ça lui cogne dans les tempes, puis il voit trouble et perd connaissance. Il se débat très fort, il crie. L'attaque dure une demi-heure environ, puis tout est fini. Dans les intervalles, autrefois, il était bien portant. » Dès qu'il commença à être sujet à ces crises, son caractère, qui auparavant était calme, placide, se modifia. Il devint colère et violent, s'emportant pour des riens. C'est ainsi qu'étant soldat il adressa un jour des injures et des menaces à un supérieur et fut condamné pour ce fait à cinq ans de prison. Je raconte un fait auquel on pourrait attribuer un certain rôle dans le développement de ses premiers accidents nerveux, si l'on était mieux fixé sur sa date. Il aurait éprouvé une vive frayeur causée par des mauvais plaisants qui, une nuit, s'emparèrent de lui et l'enveloppèrent dans un drap. Cette histoire est antérieure à son départ pour le régiment. Il en fut malade, dit-il, pendant un mois, éprouvant une sorte de courbature générale et des terreurs nocturnes qu'il ne pouvait vaincre qu'en laissant de la lumière toute la nuit dans sa chambre. Mais ces troubles cessèrent, et plus tard, quand il s'engagea, il n'en était plus question.

1. L'observation de ce malade figure résumée dans la note de M. Rendu, *loc. cit.*

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans (février 1888), sans motif, sans avoir eu d'attaques de nerfs, il se mit à bégayer. Son maître, les enfants de la maison, se moquaient de lui, ce qui l'irritait beaucoup, et « il s'en allait pour ne pas les frapper ». Puis survint une sorte d'affaiblissement général; il ne pouvait pas travailler et avait envie de dormir toute la journée; il avait perdu l'appétit, quoique ne souffrant d'aucun trouble de la digestion. La nuit il avait des étouffements, souffrait d'une douleur dans le flanc gauche (siège actuel d'une zone hystérogène) et d'une vive céphalalgie frontale. Pas de symptômes neurasthéniques bien nets.

Il était dans cet état depuis une quinzaine de jours, lorsque le tremblement apparut graduellement, dans les deux jambes d'abord, puis dans les membres supérieurs. Il entra alors à l'hôpital d'Auxerre, où il séjourna un an. Pendant toute cette année on lui fit tous les deux jours des frictions mercurielles, avec une interruption de huit jours chaque semaine, et on lui donna de l'iodure de potassium continuellement. Il finit par avoir une stomatite intense et perdit plusieurs dents. Le tremblement persistait et même s'aggravait.

Le 20 mars 1889 il entra à l'hôpital Necker, service de M. Rendu, envoyé par l'Assistance publique. On lui administra des douches froides. Pendant son séjour, qui dura un mois, il eut deux attaques de nerfs pendant la nuit. Il fit ensuite plusieurs séjours dans divers hôpitaux : Laënnec, Lariboisière, Vincennes, continuant toujours à trembler. Les bulletins de sortie des divers services où il est entré portent les diagnostics de sclérose en plaques, alcoolisme, myélite chronique. Le bulletin de Necker (service de M. Rendu) fait défaut.

État actuel. — Anesthésie pour le tact, la douleur et la température dans la moitié gauche de la face, du front et de la partie antéro-latérale du cuir chevelu. Le pavillon de l'oreille a conservé sa sensibilité au toucher et à la température, mais est analgésique. Le conduit auditif est totalement anesthésique.

La conjonctive gauche est anesthésique; la cornée est sensible.

La membrane pituitaire du côté gauche est complètement insensible.

Partout ailleurs la sensibilité est absolument normale.

L'odorat est aboli à gauche, ainsi que le goût. L'ouïe est peut-être un peu diminuée à droite. Du côté de la vision, on constate un double rétrécissement du champ visuel, de 50° à droite, de 45° à gauche, avec la micromégalopsie pour l'œil gauche, sans dyschromatopsie.

Pas de paralysie ni de contracture, mais faiblesse générale. Le malade ne peut marcher beaucoup et est tout de suite fatigué.

Dynamomètre : main gauche, 24 kil.; main droite, 34 kil.

Le trouble de la motilité qui domine chez lui est le tremblement.

Tremblement. — Il est généralisé, prédominant aux membres inférieurs et en particulier au membre inférieur droit.

Il n'existe pas quand le malade est tranquillement couché. Mais, dès que le malade lève une jambe ou veut saisir un objet, le tremblement apparaît aussitôt dans le membre qui en action. Il est donc intentionnel.

Quand le malade est assis, les mains et la tête tremblent peu et même quelquefois pas du tout, dans les moments d'accalmie. Mais les membres inférieurs sont animés d'oscillations tout à fait analogues à celles que l'on observe souvent chez les paraplégiques spasmodiques par le fait de la trépidation spinale.

Lorsqu'il est assis, si on lui dit de prendre un verre plein d'eau, on voit le tremblement s'exagérer énormément dans le membre qui tient le verre, et il ne peut le faire parvenir à ses lèvres sans en avoir projeté de tous côtés la plus grande partie, absolument comme cela a lieu dans la sclérose en plaques.

Quand le sujet est debout, les oscillations des membres inférieurs prennent une intensité tout à fait remarquable. Tout le corps est alors violemment agité et la tête est animée de secousses dans le sens antéro-postérieur (le malade dit « oui »).

Le rhythme de ce tremblement est parfaitement régulier. Le nombre des oscillations est plus grand que dans la sclérose en plaques.

Il s'accroît notablement sous l'influence des émotions par la pression sur une zone hystérogène rachidienne, après les attaques de nerfs.

Le malade a à peu près une attaque tous les mois. Elles sont précédées d'une aura classique, dont nous avons déjà donné la description plus haut, d'après le malade lui-même. Elles consistent en convulsions désordonnées, grands mouvements, cris, etc., et s'accompagnent de perte de la connaissance. Ce sont des attaques d'hystérie tout à fait typiques.

Il a, en outre, de petites attaques dans lesquelles l'aura aboutit seulement à une crise de larmes, sans convulsions ni perte de connaissance.

Pas de morsure de la langue, pas de miction involontaire pendant l'attaque.

L'observation suivante est encore un bel exemple de tremblement rémittent intentionnel portant sur la langue et les quatre membres.

Obs. V (Cette observation nous a été communiquée très obligeamment par notre ami Bitot, chef de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux).

M. X*** de J... (Charente), âgé de trente-neuf ans, se présente dans le cabinet du Dr L... pour un tremblement des quatre membres qui le gêne beaucoup pour écrire, manger et parfois marcher. Comme *antécédents héréditaires,* un père bien portant, pas alcoolique, une mère ayant des crises convulsives sans perte de connaissance. Trois frères et une sœur : celle-ci franchement hystérique.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance; a fait son service militaire sans incident. Sans être un buveur exagéré, il usait assez régulièrement de boissons diverses jusqu'au moment où il s'est marié, c'est-à-dire à vingt-cinq ans. Depuis cette époque il a abandonné cet usage. Il a deux enfants bien portants. Bon père de famille et ardent travailleur, il se livre à ses affaires avec beaucoup d'activité.

Il allait pour le mieux, lorsqu'en 1887 *il lui tomba sur la tête un*

vieux portail en bois. Le choc le surprit tellement qu'il s'affaissa et qu'il perdit presque complètement connaissance durant une demi-heure environ. Les jours suivants M. X... garda le lit, fut soigné par son médecin habituel et put reprendre ses occupations. L'état général ne laissait pas grand'chose à désirer, mais ce qui l'inquiétait c'est un tremblement assez accentué des deux membres supérieurs. A son grand ennui, il écrivait avec peine et tenait mal les objets avec les mains. Ce tremblement devint de plus en plus fort et se généralisa aux membres inférieurs. A son dire, *il sautait à une hauteur élevée dès qu'il voulait marcher.* Parfois au lit même il avait de très forts soubresauts dans les membres. Cet état persista plusieurs mois et s'amenda au point de rendre la marche possible. Seul le tremblement des membres supérieurs ne diminuait pas.

Il y a dix-huit mois, M. X..., un matin, vers trois heures, fut réveillé brusquement par une douleur extrêmement vive, presque insupportable, partant de la région cervicale et se dirigeant en avant vers le sternum. Cette douleur constrictive, térébrante, s'accompagnait d'une sensation de pesanteur en avant de la poitrine, mais n'irradiait dans aucun des membres supérieurs. La crise douloureuse dura deux heures environ ; les jours suivants elle se manifesta avec les mêmes caractères et s'accompagna bientôt de vomissements glaireux ou bilieux qui n'ont jamais disparu. Depuis son accident, M. X... n'est plus aussi actif cérébralement. Son entourage et *lui* s'en rendent parfaitement compte. La mémoire en particulier est très diminuée. *En dehors d'elle,* la raison est *saine* et jamais il n'a commis d'acte répréhensible. Il continue son commerce avec la même activité, mais il croit un peu trop sa présence indispensable au milieu de ses hommes. Il craint que l'état morbide dans lequel il se trouve ne lui porte tort, alors, dit-il, qu'il a besoin de son commerce pour faire face à ses engagements. Pas d'idées délirantes.

Etat actuel, 30 mai 1890. — M. X... est de petite taille, très robuste, aux formes viriles, au facies intelligent. Les yeux sont légèrement injectés, le regard est extrêmement brillant, peu fixe. Il respire l'instabilité, l'inquiétude. Tout son individu paraît agité, au repos comme dans la conversation.

Au repos, la face est le siège de secousses fibrillaires multiples et très accentuées, tant d'un côté que de l'autre.

Pendant la parole, ces secousses sont plus nettes surtout au niveau des commissures. La *parole* est *scandée,* mais *non anonnée*, elle n'est pas lente, au contraire. Le malade ne cherche pas ses mots.

Les *membres supérieurs* au repos sont animés d'un tremblement vibratoire très prononcé, même lorsqu'ils reposent sur un plan horizontal ou sur les genoux. C'est ainsi que l'avant-bras, placé sur une table, exécute des mouvements de supination et de pronation successifs. Dans la position du serment, les oscillations sont très fortes et atteignent leur maximum d'intensité dans l'exécution des mouvements volontaires. « Ma femme d'ailleurs est obligée de me faire boire, autrement je renverse tous les liquides sur moi. » L'écriture est impossible.

Les membres inférieurs sont animés d'un léger tremblement trépidatoire

très net dans la position verticale. Le malade ne saute pas en marchant. (Il a été impossible d'examiner le sujet dans le décubitus horizontal.)

La langue est le siège de nombreuses secousses antéro-postérieures et latérales, en dehors ou dans la bouche. Elle participe d'ailleurs à l'état de contracture, car le malade la projette *à peine* en avant. Il ne peut la remuer que très difficilement la bouche ouverte. Il la mord souvent lorsqu'il parle. Souvent aussi sensation de raideur.

En somme, on se croirait en présence *d'un tremblement mercuriel généralisé des plus nets*. C'est le meilleur moyen de se faire une idée de la situation. Pupilles égales, réagissant bien aux deux réflexes. Vue excellente, ouïe parfaite. (Goût et odorat n'ont pas été examinés.) Le réflexe pharyngien n'a pu être examiné, tant étaient prononcées les secousses musculaires de la bouche, de la langue et des mâchoires. Le malade craignant beaucoup que cette manœuvre ne le fît vomir, se retirait dès que le doigt entrait dans la bouche. Sensibilité cutanée normale à la piqûre et au toucher.

Champ visuel rétréci bilatéralement.

Séance d'aimant d'une demi-heure. Au début l'avant-bras gauche, placé contre un aimant, sur une table, n'a pu être maintenu en contact avec cet instrument qu'à l'aide de la main droite, tant étaient prononcés les mouvements de pronation et de supination involontaires. Au bout de vingt minutes environ le tremblement s'est suffisamment calmé pour que l'avant-bras reste seul en rapport avec l'aimant; après une demi-heure de séance le tremblement avait diminué d'au moins la moitié. *Le malade a pu boire un verre d'eau avec la main gauche*, sans faire jaillir le liquide. Au côté opposé le tremblement était le même.

Une parente du malade est venue trouver le Dr L... le 4 juin, pour lui dire que le malade allait si bien que sa femme lui avait écrit pour savoir s'il ne fallait pas *s'effrayer d'une si rapide et si complète amélioration*.

Obs. VI (De Maguire [*Brain*, 1888], reproduite par M. Rendu [*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 avril 1889]).— Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, qui présente les symptômes suivants : marche incertaine et tremblante; oscillations considérables des membres inférieurs dans la station debout, cessant quand le malade est couché. Lorsqu'il est assis, la tête et le cou sont animés des mêmes oscillations; il suffit, pour les faire presque complètement disparaître, d'appuyer la nuque sur un oreiller; mais au moindre mouvement volontaire elles s'exagèrent et deviennent plus rapides. Les lèvres tremblent quand le malade parle; en dehors des mouvements nécessités par l'articulation des mots, elles sont immobiles. La parole est lente, saccadée et monotone. Le tremblement a son maximum aux membres supérieurs : même au repos, et pendant le sommeil, il y a de légères oscillations des mains, des poignets et des avant-bras. A l'état de veille, celles-ci sont beaucoup plus accusées et s'exagèrent surtout quand le malade exécute des mouvements volontaires. Le tremblement n'est pas spécialement limité aux phalanges, les doigts se meuvent avec la totalité de la main et de l'avant-bras. Les mouve-

ments ne sont pas choréiques ni ataxiques; ils offrent à un haut degré le caractère, que l'on observe dans la sclérose en plaques, d'augmenter d'intensité et d'irrégularité à mesure que se complète le mouvement voulu. La sensibilité est intacte partout; les réflexes tendineux exagérés, aussi bien aux membres supérieurs qu'aux genoux. Il n'existe pas de diplopie, point de nystagmus, ni de lésion du fond de l'œil, mais les pupilles sont dilatées et réagissent paresseusement à la lumière. Le malade se plaint de fréquents maux de tête, son intelligence est lente et obtuse. L'histoire de ce malade fournit les renseignements suivants : à part une blennorrhagie et une syphilis, il a toujours été bien portant. Le tremblement s'est produit graduellement depuis neuf ans, débutant par la tête et le cou, pour gagner secondairement les membres supérieurs; les jambes se sont prises en dernier lieu. Sous l'influence d'un traitement iodo-bromuré, tous les accidents s'atténuèrent en cinq semaines. Mais quelque temps après ils reparurent brusquement, pour s'amender de nouveau, cette fois sans l'intervention de l'iodure de potassium.

Obs. VII (Rendu, *loc. cit.*).

..... Un homme de cinquante-huit ans, non syphilitique ni alcoolique, est pris en 1876, en pleine santé, d'un étourdissement, et tombe dans la rue. On le relève, il n'a pas perdu connaissance, mais il a le côté droit paralysé, sans déviation de la face. Cette hémiplégie disparaît au bout de six semaines, sans laisser la moindre trace.

Deux ans plus tard, apparaît un tremblement des mains coïncidant avec de l'affaiblissement des membres inférieurs. Ce tremblement a pour caractère d'être continuel et de s'exagérer toutes les fois que le malade veut exécuter un mouvement intentionnel. Un traitement par les bains sulfureux améliore sensiblement cet état.

Depuis une quinzaine de jours, de nouveaux symptômes sont survenus. Le malade a été repris de vertiges et d'étourdissements, et, immédiatement après, le tremblement a subi une recrudescence. Il est limité aux membres supérieurs et presque nul au repos; mais, dès que X... veut approcher un objet de sa bouche, le tremblement se produit avec des oscillations d'autant plus grandes que le mouvement se complète : il lui est impossible de boire sans renverser le contenu du verre. Ce tremblement est bilatéral, plus marqué à gauche qu'à droite; il s'accompagne d'affaiblissement musculaire, mais la sensibilité est partout intacte. La parole n'est pas embarrassée; il n'y a point de troubles visuels. Mais la sensibilité réflexe tendineuse est excessivement développée, et il suffit du moindre choc sur le tendon rotulien pour déterminer des oscillations et des secousses rhythmées.

Le malade guérit en quatre semaines sous l'influence du repos, du bromure et des bains sulfureux.

FORME PARAPLÉGIQUE

TREMBLEMENT SIMULANT LA TRÉPIDATION DES PARAPLÉGIQUES SPASMODIQUES

L'observation suivante est un exemple de tremblement hystérique de rhythme moyen localisé aux membres inférieurs. L'aspect du sujet était très analogue à celui que présentent les malades atteints de paraplégie spasmodique de nature organique ; et cependant, dans ce cas particulier, le début subit du tremblement, l'existence d'une zone hystérogène, l'action excitatrice exercée par la compression de cette zone sur le tremblement, le rétrécissement du champ visuel, etc., ne peuvent permettre aucun doute sur la nature hystérique de ce tremblement.

C'est le seul cas de tremblement hystérique localisé aux deux membres inférieurs que nous ayons observé. Ce tremblement est d'ailleurs identique à celui qui existait chez les malades répondant au type rémittent-intentionnel généralisé précédemment décrit.

Cette trépidation hystérique se reconnaîtra toujours aux caractères que voici et qui permettent de la différencier des trépidations liées aux paraplégies spasmodiques de nature organique.

Les réflexes rotuliens ne sont pas exagérés, quelquefois même ils sont affaiblis.

Le redressement brusque du pied fait cesser le tremblement au lieu de le renforcer.

Si les réflexes se trouvent être exagérés, comme c'était le cas chez le malade dont nous allons rapporter l'histoire, c'est à la recherche et à la constatation des stygmates hystériques qu'il faudra avoir recours pour établir le diagnostic.

Obs. VIII. *Tremblement hystérique des membres inférieurs simulant la trépidation des paraplégies spasmodiques.*

Le nommé Krau..., âgé de trente ans, employé du chemin de fer de l'Est, est entré le 13 août 1889 à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Charcot.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Cet homme a toujours été bien portant jusqu'à il y a trois ans. A cette époque, il eut une blennorrhagie assez intense, qui s'accompagna de troubles vésicaux et de douleurs rhumatismales aux genoux et aux deux talons. Après des traitements variés, l'écoulement uréthral devint chronique. Et il persistait encore, nous dit le malade, il y a quelques mois. Cet état l'inquiétait fort, c'était un tourment pour lui. D'une intelligence assez bornée, il s'imagina que

son mal était grave, incurable; il n'osait pas consulter le médecin de la Compagnie craignant d'être renvoyé; il continuait à travailler régulièrement. Au bout d'un an, ses forces s'affaiblirent, il perdit l'appétit et commença à souffrir d'une céphalée tenace, constrictive, généralisée, mais prédominant à l'occiput. Il lui semblait que son cou était raide, il éprouvait parfois des craquements à la nuque. Il se plaignait aussi d'une gêne douloureuse siégeant à la région sacrée. Sa mémoire s'amoindrit : il avait, nous dit-il, la tête perdue. Son sommeil était traversé chaque nuit de cauchemars (vision d'enterrement qui passe, rêves professionnels, etc.). Il n'a cependant jamais abusé des boissons alcooliques. Ces troubles divers persistèrent. Tel était l'état du malade, lorsqu'il y a cinq mois, pendant le sommeil de la nuit, il fut réveillé brusquement par un tremblement très intense de la jambe droite. Les secousses envahirent, au bout de quelques instants, le membre inférieur gauche. Le lendemain, quand il voulut se lever, le tremblement était si fort qu'il pouvait à peine se tenir debout. Il a toujours persisté depuis cette époque.

Le malade a séjourné pendant quatre mois à l'hôpital Lariboisière; on lui appliqua des pointes de feu dans le dos, mais son état ne se modifia en rien. Quelques jours après sa sortie de Lariboisière, il s'est présenté à la consultation de la Salpêtrière, où il a été admis le 13 août dernier.

État du malade (15 août). — Sujet de taille moyenne, bien musclé, un peu amaigri. Qu'il soit debout ou assis, ce malade présente un tremblement incessant et très intense des deux membres inférieurs. Quand il est assis, les pieds reposant à plat sur le sol, les deux jambes trépident et les talons, alternativement soulevés et abaissés, frappent le parquet à chaque oscillation. Dans cette attitude cependant, le tremblement se ralentit parfois, cesse même quelques instants, ou bien n'est plus représenté que par des secousses qui se succèdent irrégulièrement.

Quand le malade tend la jambe en avant ou lorsqu'il se lève, la trépidation se produit aussitôt avec une violence telle que le malade peut à peine se tenir debout.

Le tremblement se calme un peu après quelques instants et le malade peut alors marcher.

Sa démarche est sautillante, mais non pas spasmodique. Les pieds ne frottent pas le sol; les réflexes rotuliens sont notablement exagérés. La percussion du tendon excite le tremblement; par contre le redressement brusque du pied l'influence fort peu et même parfois le supprime momentanément. Quand le malade se couche sur son lit, le tremblement cesse aussitôt, il reparaît dès qu'il soulève ses jambes. Les sphincters fonctionnent normalement. Il n'y a aucun trouble de la motilité, ni à la face ni aux membres supérieurs. La tête ne tremble pas, La parole n'est pas troublée. Pas de nystagmus, pas de diplopie, pas de vertige.

En revanche, on constate chez cet homme l'existence des stigmates que voici :

1° Une hyperesthésie notable de la cuisse droite.

2° Un rétrécissement concentrique du champ visuel.

3° Une zone hystérogène siégeant dans le flanc droit. La compression de cette zone détermine une sensation de boule qui remonte au creux épigastrique, des palpitations, de la suffocation, une rougeur très vive de la face; puis la vue se trouble, le malade chancelle, demande à s'asseoir. Mais il ne se produit pas d'attaque, quelque insistance qu'on mette à comprimer le point susindiqué.

Cette manœuvre détermine toujours et immédiatement une recrudescence du tremblement des membres inférieurs, alors même que le malade est couché.

C. TREMBLEMENTS PUREMENT INTENTIONNELS.

Le tremblement hystérique intentionnel *pur*, c'est-à-dire n'apparaissant qu'à l'occasion des mouvements volontaires et, partant, identique au tremblement de la sclérose en plaques, est une variété rarement observée. Nous n'avons pu, pour notre part, en recueillir aucun exemple. Les deux observations qui vont suivre sont empruntées, l'une à la leçon déjà citée de notre maître et ami M. le professeur Pitres, l'autre à la thèse de notre ami Souques sur les syndromes hystériques simulateurs des maladies de la moelle.

Obs. IX (de M. Pitres, in *Progrès médical*, septembre 1889).

Un homme de trente-quatre ans, nommé Guillaume T..., se présente à notre consultation externe, le 28 juin 1887, en se plaignant d'éprouver depuis un an des douleurs de tête continuelles, de la somnolence, de l'obnubilation des facultés intellectuelles. Il avait, en outre, un affaiblissement notable de la motilité et de la sensibilité dans toute la moitié gauche du corps. La parésie portait à la fois sur les membres et sur la face ; sa force de la main droite, mesurée au dynamomètre, s'élevait à 43 kilogr., celle de la main gauche à 21 kilogr. seulement; les muscles du visage étaient moins mobiles à gauche qu'à droite, la paupière supérieure du côté gauche était plus tombante et plus paresseuse que celle du côté opposé. L'hémihypoesthésie existait également sur la peau, les tissus profonds et les sens spéciaux. La vision et l'audition étaient moins nettes et moins aiguës du côté gauche que du côté droit. Enfin, les membres du côté gauche étaient le siège d'un tremblement très violent, se produisant uniquement à l'occasion des mouvements volontaires. Lorsque le malade était au repos, dans le décubitus horizontal, on ne constatait aucune contraction anormale de ses muscles. Si on le priait de porter un verre à ses lèvres avec la main droite, il y arrivait sans difficultés; mais si on lui ordonnait de répéter la même expérience avec la main gauche, le verre était brusquement secoué et son contenu invariablement renversé avant d'avoir atteint la bouche. Le tremblement était moins fort dans les mouvements intentionnels du membre inférieur gauche, cepen-

dant il était très manifeste. Tous ces accidents s'étaient développés progressivement depuis un an, à la suite des émotions causées par une grosse perte d'argent. Le malade n'était pas prédisposé aux accidents névropathiques par le fait de son hérédité, car son père et sa mère étaient vivants et bien portants. Il n'était pas syphilitique et n'avait jamais fait d'excès alcooliques.

En présence de cet ensemble de symptômes qui me paraissaient, je l'avoue, ne pouvoir être expliqués que par une lésion organique des centres nerveux, je diagnostiquai une tumeur cérébrale. Mais avant de laisser partir le malade, je voulus expérimenter l'action de l'aimantation sur les symptômes hémilatéraux que je venais de constater. Je fis appliquer un fort aimant sur le côté gauche du corps et une heure après je fus stupéfait quand je vis le malade souriant, alerte, expansif, débarrassé de l'hémiparésie et de l'hémihypoesthésie qui persistaient depuis un an et radicalement guéri de son tremblement intentionnel des membres du côté gauche. L'aimantation avait opéré un véritable miracle. Les effets curatifs démontraient la fausseté de mon diagnostic. Il est évident que nous avions eu affaire à un hystérique et non pas à un malade atteint d'une lésion organique des centres nerveux.

Voici maintenant l'observation que nous avons empruntée au travail de M. Souques.

Obs. X (inédite). *Syndrome hystérique simulateur de la sclérose en plaques.* — Louis D... it, quarante-neuf ans, forgeron, entre le 27 juillet 1890, salle Prüss, dans le service de M. le professeur Charcot.

Antécédents héréditaires. — Du côté de ses grands-parents, on ne trouve que peu de renseignements. Le *père de sa grand'mère paternelle* est mort *aliéné* dans une maison de santé, près de Nancy. Son père est bien portant, c'est un homme de soixante-dix-neuf ans, sobre, qui n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fluxion de poitrine. Sa *mère* est morte à cinquante-neuf ans : elle était hémiplégique depuis quarante ans. Elle était très *impressionnable;* la moindre chose la faisait trembler et l'empêchait de parler. Elle avait en outre des *migraines*. Le malade a eu huit frères ou sœurs. Quatre sont morts : trois en bas âge, de *convulsions;* une *de ses sœurs* est morte à vingt-six ans de septicémie puerpérale; elle avait eu durant de longues années des *attaques de nerfs :* à la moindre émotion, elle tombait par terre, raide, sans connaissance, et restait ainsi vingt minutes sans reprendre ses sens. Ces attaques se renouvelaient une ou deux fois par mois en moyenne. D... a encore quatre frères; trois bien portants, l'un est *migraineux*. Du côté de ses oncles et tantes, rien d'intéressant à signaler dans la branche paternelle; du *côté maternel*, au contraire, ils sont tous coléreux, emportés, violents. *Une de ses tantes* présente des *attaques convulsives*. Ses cousins maternels sont tous violents, « insupportables »; ils n'ont pas d'attaques de nerfs.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, D... a toujours été faible

et délicat, sans faire jamais de maladie. A l'âge de douze ans, il a appris le métier de forgeron qu'il a exercé jusqu'à quarante-six, sans être jamais malade. A dix-sept ans, blennorrhagie. Ni syphilis ni alcoolisme.

A vingt-cinq ans, il se marie. Il a eu trois enfants : l'un est mort de croup; les deux autres sont bien portants. L'un d'eux, garçon de quatorze ans, actuellement chez son oncle, a, paraît-il, très mauvaise tête, il est méchant pour ses camarades : « J'en suis très fâché, dit son père... si j'étais là, je le mangerais plutôt ! »

Il y a cinq ans, notre malade a perdu sa femme après dix-huit mois de maladie. Il a eu pendant tout ce temps beaucoup de chagrin et de fatigue : il travaillait durement le jour et passait les nuits à veiller sa femme. Il a dû contracter des dettes qu'il n'a pas encore entièrement payées. « Je ne crois pas qu'un ouvrier ait pu supporter plus de malheurs que moi; j'étais cependant très fort de caractère... Si encore je l'avais sauvée, ajoute-t-il, je ne serais pas comme je suis aujourd'hui. »

Depuis la mort de sa femme, il est tombé dans la plus affreuse tristesse : sans cesse tourmenté, accablé de charges, il s'est surmené et a subi des privations de toute espèce. C'est au *milieu de ces malheurs* que sa *maladie* a *débuté* par une *céphalalgie* très vive et par des douleurs dans le cou et entre les épaules : il ne « sentait » pas sa tête ni ses épaules. En même temps survenait un changement de caractère ; il devenait triste et taciturne, perdait l'appétit et le sommeil, et passait ses nuits à songer à sa femme, à ses misères; il en rêvait même à haute voix.

Au mois de mars 1887, il arrive un lundi à la forge, comme d'habitude, avec sa « commande » pour la journée. Il va chercher son fer au magasin et revient allumer la forge en disant à son frappeur : « Va donc remplir les baquets. » A peine le frappeur s'était-il retourné que D... est pris de *vertige :* sa tête tourne, des brouillards passent devant ses yeux, sa céphalalgie s'exaspère et il tombe sur un coin de plaque de fer. Si on n'avait couru aussitôt à son secours, dit-il, il se serait brûlé. Il est resté quarante minutes sans connaissance ; il n'aurait, au dire de ses camarades, ni crié, ni remué, ni écumé. Il n'avait pas mordu sa langue, il n'avait pas uriné sous lui. Quand il a repris ses sens, il était *paralysé du côté droit* et *aphasique.* Il ne sait pas si sa figure était déviée. Consécutivement il est resté cinq mois au lit; la parole serait revenue peu à peu, tout en restant toujours embarrassée comme elle est aujourd'hui. L'hémiplégie s'est également amendée, mais le côté droit est toujours depuis lors resté plus faible que le gauche. Au bout de cinq mois, il quittait le service de M. le professeur G. Sée et reprenait son travail qui lui était plus pénible et le fatiguait plus vite. Il y a dix-huit mois, il entre à Necker, dans le service de M. le professeur Dieulafoy pour *un tremblement* survenu sans cause apparente. Il se plaignait en outre de *céphalalgie*, de *vertiges* fréquents, parfois suivis de chute lorsqu'il n'avait pas le temps de s'asseoir. Le moral était encore plus affecté qu'auparavant : le jour il restait sombre ne pensant qu'à ses malheurs; la nuit il était agité par des cauchemars lugubres. « Moi, dit-il, j'ai été trop affligé, plus que je ne

mérite, parce que je n'ai jamais fait de mal à personne. » Il séjourne un mois à l'hôpital où on le traite par des bains sulfureux et de l'iodure de potassium. Le tremblement s'était amélioré. C'est à ce moment qu'il *perdit progressivement la vue de l'œil droit.*

Au mois d'octobre 1889, il entre à l'hôpital Saint-Antoine pour son tremblement et y reste un mois. Dans les intervalles de séjour à l'hôpital, il travaillait aux halles — depuis deux ans en effet il a été obligé de renoncer à son métier de forgeron — achetant du poisson et le revendant dans les rues, toujours très malheureux, voulant quand même gagner sa vie : « Je fais peu de choses et je fais encore plus que mes forces, mais je me contente de peu pour moi-même. » Le 6 juillet 1890, il revient toujours « tremblant » dans le service de M. Dieulafoy, en sort au bout de quelques semaines pour venir à la Salpêtrière.

Etat actuel (27 juillet 1890). *Troubles moteurs.* — Lorsque le malade est assis, on ne remarque rien d'anormal; on dirait un individu bien portant, sauf la tristesse et l'abattement du visage. Dès qu'on l'interroge, on remarque que sa *parole* est *lente, scandée, hésitante, avec un certain degré de bégaiement* : « J'ai... à... à... un... un... mois... près... qua... quarante... neuf... ans. »

Si on lui *ordonne de se mettre debout*, il se met aussitôt *à trembler de tout le corps*, surtout du côté droit, et il est obligé de faire de grands efforts pour ne pas tomber. L'occlusion des yeux accroît un peu le tremblement et il menace de tomber par terre.

Si on *le fait marcher*, le tremblement devient encore plus manifeste. La tête, le corps, les membres inférieurs tremblent. En outre il traîne la jambe droite.

Le *tremblement des mains* est analogue à celui de la sclérose en plaques (fig. 1). Lorsque la main est au repos, rien d'anormal. Si on lui fait porter un verre à la bouche, avec la main droite par exemple, sa main se met à trembler et à être agitée d'oscillations de plus en plus amples. Le but est cependant atteint, et le verre plein d'eau vient frapper les dents avec un bruit caractéristique. L'eau est projetée de tous côtés, et il n'est pas rare que le menton s'embarrasse dans le verre. Le tracé précédent a été enregistré dans ces conditions.

Dans le membre supérieur gauche, ce tremblement existe mais moins accusé. Ce tremblement intentionnel est augmenté par la fatigue et l'émotion. Dès que le malade repose son bras sur la table, le tremblement disparaît. Au lit, dans la position horizontale, la tête bien appuyée, on ne voit aucune secousse. Ces secousses au nombre de six à sept par seconde sont rhythmiques. Elles troublent les fonctions de la main et surtout de la droite. Aussi le malade ne s'en sert-il jamais pour manger et boire et a-t-il recours à des artifices. L'écriture est tremblée. *Hémiplégie droite.* — Cette hémiplégie que présente le malade est très nette. Au dynamomètre : main droite, 15; main gauche, 50. Les *réflexes rotuliens* sont inégaux, *très diminués à droite*, normaux à gauche. Les réflexes tendineux du poignet et du coude sont égaux

et normaux des deux côtés. Lorsqu'on dit au malade de tirer *la langue*, il ne peut la sortir de sa bouche : elle tremble très fortement, contracturée et la pointe déviée à gauche en crochet. Dans ce mouvement le *maxillaire inférieur* se met à trembler. *Absence de paralysie faciale*. Les *paupières* sont à demi closes et animées d'un clignotement incessant. Le malade se plaint de *céphalalgie et de vertige*.

Il n'a jamais eu d'*attaques convulsives*. Lorsque le tremblement est très fort, il éprouve une constriction thoracique et sent une boule qui lui monte dans le cou et l'étrangle. Il est alors incapable de parler et assez souvent tombe sans connaissance. Il reste ainsi durant quelques minutes, puis tout se dissipe, il se relève et reprend son chemin. Ces vertiges, ces attaques surviennent de préférence quand il est ému ou fatigué.

Troubles de la sensibilité. Le malade présente de l'*hémianesthésie droite* : complète, absolue pour tous les modes de la sensibilité au niveau des membres supérieur et inférieur; elle est incomplète quoique très diminuée dans le reste du coté droit. Le *sens musculaire et articulaire* est aboli à la main, à l'avant-bras, au bras, au pied, au genou; il est obnubilé seulement à la hanche. En outre D... présente *deux zones hystérogènes* (la pression à ce niveau amène l'aura; elle n'exagère ni ne suspend le tremblement) : l'un au niveau du *testicule gauche* — c'est la glande et non la peau qui est douloureuse — l'autre dans le *flanc* du même côté. *Anesthésie pharyngée* totale. Les *sens* sont intéressés. Le *goût* est aboli à droite. L'*ouïe* est très diminuée des deux côtés (le tic-tac d'une montre ordinaire n'est pas entendu à une distance de l'oreille de plus de cinq centimètres). L'*odorat* est normal.

Troubles oculaires. Examen pratiqué par M. le Dr Parinaud. L'*œil gauche* présente un rétrécissement concentrique très marqué du champ visuel (20°). Ni diplopie monoculaire ni micromégalopsie. Dyschromatopsie : le vert et le violet sont vus bleus. Spasme palpébral. L'*œil droit* est *amaurotique*. Le malade ne distingue pas les doigts à la distance normale. Les *pupilles* sont égales et réagissent normalement. *Pas de lésions du fond de l'œil. Pas de nystagmus*. Le malade est soumis à un traitement par l'hydrothérapie et le fer. Au bout de deux mois de séjour, il demande à quitter l'hôpital pour aller reprendre son travail (fin septembre 1890).

Le tremblement s'était modifié durant son séjour et n'existait presque plus au moment de son départ. Plusieurs fois dans la journée, il disparaissait à certains jours, sans raison connue. Une émotion, une fatigue, le faisaient reparaître. D... est resté sombre, taciturne, se plaignant de céphalalgie et de vertiges. Il n'a pas eu d'attaques convulsives, mais à diverses reprises il a éprouvé une aura très nette, l'obligeant de s'asseoir sous peine de tomber, mais sans perte de connaissance. A son départ, les accidents s'étaient améliorés. Seuls l'embarras de la parole et l'hémiplégie sensitivo-motrice n'avaient pas varié.

Cette très intéressante observationpourrait se passer de commentaires.

Le tremblement hystérique que présentait ce malade est bien une copie fidèle du tremblement de la sclérose en plaques, puisque, nul au repos, il apparaît et se renforce seulement à l'occasion des mouvements intentionnels. Et comme tout concourt chez cet hystérique à forcer les ressemblances jusqu'à rendre la confusion avec la sclérose en plaques à peu près inévitable! La démarche, la parole lente et scandée, les vertiges, les troubles si spéciaux de la vue, enfin tous les symptômes classiques de la sclérose multiloculaire s'y retrouvent. C'est, selon toute vraisemblance, à cette catégorie de faits que doivent faire retour, et les scléroses en plaques qui miraculeusement guérissent sous l'éclat des miroirs rotatifs, et les pseudo-scléroses en plaques qui sur la table d'amphithéâtre se trouvèrent dépourvues de toute plaque de sclérose. Jusqu'ici la névrose hystérique avec ses formes si multiples, si variées, semble être à peu près seule à accaparer le rôle de grande simulatrice des autres maladies organiques et inorganiques du système nerveux. Si les observations tant de fois citées de M. Westphall étaient exactes et les conclusions de son mémoire légitimes, s'il existait, en dehors de l'hystérie, des états dynamiques capables de reproduire le tableau de la sclérose en plaques, il faudrait ouvrir un nouveau cadre nosographique destiné à ces vagues névroses qui, n'ayant rien de commun avec l'hystérie, seraient cependant capables comme elle d'imiter trait pour trait les affections organiques du système nerveux.

Mais il faut bien reconnaître que jusqu'ici le besoin ne s'en fait pas sentir. En ce qui concerne la sclérose en plaques, les faits de Westphall sont restés à peu près isolés. Par contre, les exemples de simulation hystérique vont se multipliant chaque jour. En présence d'observations aussi nettes, aussi significatives que celles que nous venons de citer, on est bien en droit, ce nous semble, de révoquer en doute la valeur des faits déjà anciens rapportés par Westphall et de demander le renouvellement de la preuve. Ces faits antérieurs à la vulgarisation des données aujourd'hui acquises sur les syndromes hystériques simulateurs doivent être jusqu'à plus ample informé, tenus en légitime suspicion.

L'absence du nystagmus, l'état des réflexes tendineux, la recherche et la constatation de tous les symptômes possibles de l'hystérie, telles sont les données sur lesquelles devra reposer le diagnostic de ce tremblement hystérique purement intentionnel, simulateur du tremblement de la sclérose en plaques.

III

(TREMBLEMENTS LENTS DE 4 A 5 OSCILLATIONS 1/2 PAR SECONDE)

Ces tremblements sont particulièrement aptes, lorsqu'on les observe chez des malades un peu avancés en âge, à simuler la paralysie agitante. Les oscillations qui les composent sont en effet relativement amples et lentes; et comme elles se répètent pendant le repos, d'une manière incessante, sans se renforcer d'une façon notable sous l'influence des mouvements volontaires, il s'ensuit que les tremblements hystériques de cette catégorie imitent à peu près exactement le tremblement symptomatique de la maladie de Parkinson. Ce n'est pas tout. Ces trembleurs hystériques peuvent se composer un habitus extérieur tel que leur air figé, leurs mains et leurs doigts placés comme dans l'attitude pour écrire, leurs facies immobile et comme hébété, les font ressembler d'une manière frappante aux individus affectés de paralysie agitante.

Voici un très bel exemple de cette simulation hystérique du tremblement de la maladie de Parkinson. C'est une des observations qui figurent dans la note communiquée par M. Rendu à la Société médicale des hôpitaux.

Nous n'avons personnellement rencontré aucun fait de cet ordre.

Obs. XI. — Le nommé Laroche, âgé actuellement de cinquante-huit ans, a été soigné, il y a quinze ans, dans le service de Lasègue, pour une apoplexie qui avait déterminé chez lui des troubles sensitifs et sensoriels. On avait alors pensé qu'il était atteint d'une tumeur cérébrale, parce que pendant plusieurs mois il avait présenté une monoplégie branchiale associée à l'affaiblissement des membres inférieurs, à des vertiges et à des désordres visuels. Je n'ai aucun renseignement précis sur cette période de la maladie, je sais seulement qu'il finit par guérir complètement, bien que depuis, à plusieurs reprises, de nouveaux accidents se soient produits.

J'ai commencé à donner mes soins à ce malade au commencement de l'année 1886. A cette date, il se présentait à l'hôpital le surlendemain d'une crise qui avait immédiatement suivi un écart de régime. L'attaque avait consisté en une perte de connaissance avec ictus apoplectique, convulsions, morsure de la langue, émission d'urine involontaire; puis le malade s'était réveillé, tremblant des quatre membres et avec une impotence fonctionnelle considérable. Depuis lors, j'ai eu l'occasion de lui voir trois accès analogues, survenant, tantôt à la suite d'émotions morales, ou encore de

fatigues physiques; constamment les accidents ont évolué de la façon suivante :

Immédiatement après l'attaque, le malade est atteint d'un tremblement, qui, par son intensité, ses caractères et sa persistance, est le symptôme prédominant. Ce tremblement porte presque exclusivement sur les membres supérieurs ; les membres inférieurs et la tête sont épargnés, sauf passagèrement, dans les premiers jours qui suivent l'attaque épileptiforme.

Au premier abord, le facies est celui de la paralysie agitante ; le masque est peu mobile, bien qu'on ne remarque pas la rigidité habituelle des muscles de la face et du cou. Les avant-bras et les mains sont agités incessamment par des oscillations de courte étendue, rhythmées, durant tout le temps de la veille, même au repos, et ne cessant que pendant le sommeil. Les doigts sont demi-fléchis et secoués par des mouvements alternatifs; à première vue, il semble qn'on ait devant les yeux un exemple typique de paralysie agitante. Pourtant, quand on analyse le symptôme, il y a quelque différence. Le centre des mouvements de trémulation se fait au niveau du poignet de l'avant-bras, et non au niveau des phalanges, comme dans la vraie paralysie agitante, aussi les doigts sont-ils agités de mouvements de flexion et d'extension alternatifs, plutôt que de mouvements intentionnels : le malade ne fait pas le geste classique de rouler une cigarette, d'émietter du pain, et toutefois l'analogie apparente est telle que tous les médecins qui ont vu ce malade ont commencé par diagnostiquer une paralysie agitante.

Indépendamment du tremblement, on note chez ce malade un affaiblissement notable des membres : la main droite ne donne au dynamomètre que 15 kilogrammes; la main gauche, 20; la station et la marche sont assez fermes, mais le malade se fatigue vite, ayant incomplètement la notion de l'effort musculaire à fournir.

La sensibilité générale est complètement altérée. Tandis que, dans la maladie de Parkinson, le contact et la douleur sont partout perçus, et que les malades se plaignent de sensations de chaleur anormales, ici on constate la présence de zones d'anesthésie multiples et singulièrement variables. Ainsi à plusieurs reprises nous avons vu la face insensible, ainsi que la région interne des membres, tandis que la région externe du bras, celles de l'avant-bras, de la cuisse et du pied, percevaient toutes les impressions. D'autrefois, au contraire (et c'est ce qui se voyait encore il y a un mois, en mars 1889), les plaques anesthésiques sont disséminées à la partie externe des membres, respectant le tronc, l'abdomen et les cuisses.

La sensibilité réflexe est diminuée. Les réflexes tendineux sont, au contraire, exagérés, sans qu'il y ait de trépidation épileptoïde.

Les muqueuses sont également anesthésiques. La réflectivité pharyngienne est abolie, les conjonctives et les narines peuvent être impunément chatouillées par une barbe de plum.

Le sens de l'ouïe est intact, mais la vue présente des modifications nombreuses et intéressantes. Bien que le fond de l'œil soit absolument sain, le champ visuel est considérablement rétréci, concentriquement; de l'œil

gauche le malade voit double (polyopie monoculaire); il présente également de la micropsie ou de l'achromatopsie. Tous ces détails ont été constatés par M. Parinaud, qui a bien voulu examiner les yeux de ce malade. Enfin, on note chez cet individu des troubles sécrétoires multiples d'ordre évidemment nerveux : tantôt de la polyurie, sans glycosurie, tantôt de l'hyperesthésie vésicale et de la pollakiurie.

A plusieurs reprises, pendant les différents séjours de ce malade dans mon service, il a présenté des vertiges sans perte de connaissance; quelquefois le tremblement subissait à la suite une recrudescence, d'autres fois il restait inaltéré. Ordinairement, chaque crise de tremblemeut dure trois ou qnatre semaines. Sous l'influence des douches froides, de la valériane et peut-être simplement du repos, on voit progressivement le tremblement diminuer, puis disparaître, en même temps que la sensibilité revient, beaucoup plus irrégulièrement du reste. L'écriture subit une amélioration parallèle. D'abord, ce sont des points, des traits interrompus; puis ce sont des caractères tremblés, dentelés, encore peu lisibles; finalement, les dentelures disparaissent et l'écriture redevient parfaitement nette et ferme.

Mais si le tremblement guérit et disparaît intégralement, souvent pendant cinq ou six mois consécutifs, par contre les troubles visuels ne se modifient que très incomplètement.

Il ressort de la lecture de cette observation que l'hystérie ne saurait c iêtre douteuse; elle se retrouve toute entière, avec les antécédents personnels névropathiques du malade, les grandes attaques de nerfs, apoplectiformes ou épileptiformes, les désordres sensitifs et sensoriels, enfin le tremblement, qui est, chez cet homme, l'expression symptomatique la plus saillante.

Il nous paraît intéressant de rapprocher de ce fait si bien observé par M. Rendu, et de l'interprétation aussi simple que logique qu'il en a donnée, une observation publiée par M. Oppenheim, à peu près à la même époque, dans une note qui a pour titre *Sur un cas de paralysie agitante, forme originale de la névrose traumatique* (pseudo-paralysie agitante)[1].

Voici le fait :

R. Z..., cinquante-sept ans. — A part quelques affections infantiles et une pneumonie qu'il eut vers l'âge de trente ans, la santé de cet homme est restée bonne jusqu'en 1888. Employé à des travaux de construction, il tomba un jour sur la tête, d'une hauteur d'environ 14 pieds. Il perdit connaissance et eut une hémorrhagie par l'oreille droite. On le transporta dans une clinique chirurgicale et là (suivant le dire précis du malade), il sentit le côté droit de son visage, la jambe et le bras droits s'engourdir, après quoi les

1. *Charité Annalen*, 1889, t. XIV, p. 415.

membres furent pris de tremblement. Après quatre semaines de traitement le malade se trouva si bien amélioré qu'il put reprendre ses travaux. Le tremblement était à peu près insignifiant lorsqu'il y a six mois il s'accentua de nouveau. Ensuite se montrèrent des vertiges, des éblouissements, de l'abbattement général. La vue s'affaiblit. Rien d'anormal en ce qui concerne la miction et la défécation.

État du malade le 22 novembre 1888. — Tremblement continu, surtout prononcé dans le membre supérieur droit consistant en mouvements rhythmiques de pronation, supination et de flexion-extension des mains. Ces oscillations persistent au repos, on en compte trois ou quatre par seconde. Ce tremblement existe aussi au membre supérieur gauche. La tête tremble également. Les muscles inférieurs sont respectés. Dans les mouvements volontaires, le tremblement s'accentue non pas au début mais à la fin du mouvement voulu par le malade.

Quelque temps après on remarqua chez cet homme une certaine immobilité de la physionomie, de la raideur de la tête et du tronc et une attitude de la main semblable à celle d'une main qui tient une plume à écrire. Mais si l'on imprimait à ces parties des mouvements passifs, on constatait l'absence de toute raideur.

La démarche est alourdie et à petits pas. La rétine et l'innervation des muscles de l'œil sont intactes.

Le champ visuel est peu modifié pour le blanc mais très rétréci pour les couleurs. Ce rétrécissement du champ visuel est plus prononcé pour l'œil droit que pour le gauche.

La sensibilité est émoussée sur la face dorsale des deux mains.

L'acide acétique appliqué sur la moitié droite de la langue n'y est pas du tout senti.

L'odorat est normal. Après quelques prises de teinture d'ellébore, ce malade sortait guéri.

M. Oppenheim rapporte, à la suite de cette observation, l'histoire d'un second malade, chez lequel le tremblement était apparu, comme dans le cas précédent, à la suite d'un traumatisme portant sur l'extrémité céphalique; ce second fait, très analogue au premier, n'en diffère que par la généralisation du tremblement, sa longue durée et l'absence de troubles de la sensibilité. Seulement il existait chez ce dernier trembleur, pour nous servir de l'expression de l'auteur, « une anomalie remarquable » : le champ visuel des deux yeux était diminué pour le blanc et les couleurs.

Après avoir souligné les analogies qui existaient entre ces deux cas et le type classique de la paralysie agitante, M. Oppenheim, qui avait porté tout d'abord le diagnostic de paralysie *agitans*, énumère les différentes raisons qui lui firent abandonner par la suite cette première interpréta-

tion. Frappé surtout par l'origine traumatique de ces tremblements, il les rattache à une névrose spéciale créée par le traumatisme et qu'il dénomme, naturellement, *pseudo-paralysie agitante*. Ne serait-il pas plus simple, plus logique de rattacher ces faits à la névrose hystérique? Des anesthésies cutanées, des anesthésies sensorielles, le rétrécissement du champ visuel, des vertiges qui prendraient peut-être un caractère plus significatifs si l'on avait des détails sur les sensations subjectives qui les accompagnent, est-ce que tout cela n'est pas purement et simplement hystérique? Nous n'avons pas à recommencer ici la querelle des névroses traumatiques. Nous ferons seulement remarquer que s'il suffisait pour édifier des espèces nouvelles de produire des faits de l'ordre de ceux que nous venons de citer en leur appliquant le procédé d'interprétation clinique dont s'est servi M. Oppenheim, nous aurions pu bâtir dans le cours du présent travail un assez joli nombre de névroses. C'est ainsi que nous aurions déjà : la pseudo-paralysie générale, la pseudo-sclérose en plaques, le tremblement pseudo-mercuriel, la pseudo-paraplégie spasmodique, etc.

L'observation suivante est un exemple de tremblement lent localisé à la main droite.

Obs. XII (due à l'obligeance de mon collègue et ami Nicolle). *Hystéro-épilepsie. Tremblement hystérique de la main droite.* — La nommée Godard, âgée de quarante ans, est entrée le 19 septembre 1888 à la Salpêtrière, salle Pinel, lit nº 15, dans le service de M. le docteur Joffroy.

Antécédents héréditaires. — *Père,* mort d'accident, pas nerveux. — *Mère,* morte d'une affection cardiaque (quarante-neuf ans), rhumatisante, migraineuse; a eu une attaque d'apoplexie avec hémiplégie gauche. — *Frères et sœurs.* Ils ont été au nombre de 14. 10 *sont morts* la plupart jeunes, 2 avec des convulsions. 4 *sont vivants;* une sœur atteinte d'eczéma chronique a eu des attaques hystériques qui ont disparu après son mariage; un frère qui a eu du rhumatisme articulaire aigu il y a dix ans. Les deux autres n'ont rien.

Grands-parents. Oncles et tantes. — Rien à noter.

Antécédents personnels. — De dix à quatorze ans, attaques ayant la plus grande analogie avec les attaques comitiales; indifféremment nocturnes ou diurnes. A la même époque, absences. Le tout a cessé au moment de l'apparition des règles. Rougeole à quatre ans, scarlatine grave à neuf ans, fièvre typhoïde; rhumatisme articulaire aigu à trente ans; urticaire à vingt-cinq ans (durée, trois mois), coliques hépatiques à trois reprises : dix-huit, vingt-cinq, trente-huit ans.

Réglée à quatorze ans, jamais régulièrement, elle a eu deux enfants l'aîné est mort à deux ans (méningite); l'autre est bien portant.

Une fausse couche il y a trois ans provoquée par M. Tarnier pour accidents

éclamptiques (avec albuminurie et anasarque) à la suite de laquelle ont éclaté les symptômes paraplégiques.

Accidents actuels (10 août). — Ovarie à droite, anesthésie complète et totale. Seule la cornée est respectée. Depuis un an, périodes d'anesthésie vésicale avec incontinence d'urine. Paraplégie flasque sans troubles trophiques. Réflexes rotuliens normaux.

Symptômes hystériques. — Rétrécissement concentrique à 15° pour les deux yeux.

Troubles visuels. — Achromatopsie binoculaire, diplopie monoculaire, micropsie, conservation des réflexes pupillaires, diminution de l'acuité visuelle.

Troubles auditifs. — Diminution de l'acuité auditive (surtout à gauche) perte de la sensation des vibrations transmises par les os du crâne.

Etat mental. — Amnésie, pleurs faciles.

Les membres supérieurs sont affaiblis (surtout le droit).

Dynanomètre : main droite, 10 kilogr. ; main gauche, 15 kilogr.

Cependant la malade peut exécuter avec ses membres supérieurs tous les mouvements qu'on lui commande de faire. Elle se sert de sa main gauche sans difficulté pour tous les usages ordinaires de la vie, et l'impotence fonctionnelle de sa main *droite* est due bien plus au tremblement dont elle est le siège qu'à l'affaiblissement musculaire révélé par le diagnostic.

Tremblement. — La main droite en effet est constamment agitée. Elle exécute d'une manière incessante des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, d'une amplitude assez grande, sur un rythme lent et parfaitement régulier. Les mouvements de flexion et d'extension reposent exclusivement dans l'articulation du poignet ; la main et les doigts se meuvent ensemble ; ces derniers n'exécutent que des mouvements purement passifs. L'avant-bras et le bras ne prennent non plus aucune part aux secousses. Les oscillations qui constituent ce tremblement sont au nombre de 5 1/2 par seconde.

Elles ne cessent jamais, ni lorsque le membre supérieur droit est au repos, ni lorsque la malade exécute avec ses mains tel ou tel mouvement. Sous l'influence des émotions, comme à l'occasion des mouvements volontaires, les oscillations deviennent un peu plus amples, un peu plus brusques, mais leur fréquence et leur régularité ne se modifient guère. Ce tremblement a débuté insidieusement, il persiste depuis six mois.

IV

TREMBLEMENTS DE FORMES VARIÉES ET CHANGEANTES

Nous avons réuni dans ce chapitre une série de cas de tremblements trop différents les uns des autres et des autres espèces de tremblements,

trop dissemblables par leur rhythme, leur localisation, etc., pour que nous ayons pu les grouper suivant un ordre méthodique. Ils serviront du moins à accentuer la diversité extrême des formes que peut revêtir le tremblement chez les hystériques.

TREMBLEMENTS GÉNÉRALISÉS

Obs. XIII. *Trèmblement hystérique généralisé.*

La nommé Jeanne Kell.... âgée de vingt-trois ans, a été admise à la Salpêtrière le 7 juillet 1886.

La malade ne peut donner aucun renseignement précis sur ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels . — Elle aurait eu des convulsions à l'âge de deux ans; elle a uriné dans son lit jusqu'à sa vingtième année. A seize ans, au moment de l'établissement des règles, elle devint très anémique. Elle se trouvait alors à l'hospice des Enfants-Assistés, on l'envoya à Berck-sur-Mer, elle y séjourna près de quatre ans. Là elle eut une conjonctivite granuleuse qui a toujours persisté depuis et qui a déterminé à la longue la formation d'un entropion bilatéral; puis une kératite chronique, laquelle a eu pour résultat la production d'opacités cornéennes. C'est en raison de l'état de sa vue qu'elle a été *admise* à la Salpêtrière en juillet 1886. Dans ces trois dernières années elle est restée pâle, chétive, souffrant d'une dysménorrhée très douloureuse. Elle n'avait jamais présenté aucun trouble nerveux bien caractérisé, lorsqu'il y a un an elle eut une perte de connaissance qui se produisit dans les circonstances suivantes: sans aucun motif apparent sa vue s'obcurcit tout à coup, elle eut des bourdonnements d'oreilles et elle tomba sans connaissance sur le parquet. Elle revint à elle et put se relever au bout de quelques minutes. Comme elle était seule, elle ignore si elle s'est débattue ou non pendant qu'elle était privée de connaissance. Elle n'avait pas uriné sous elle; elle ne s'était pas mordu la langue.

Depuis cet incident, il lui arrive fréquemment de se sentir tout à coup oppressée, il lui semble alors qu'elle a dans la poitrine une grosse boule qui l'étouffe; c'est vers le milieu de la région sternale qu'elle localise cette sensation.

Cela dure une demi-heure, quelquefois plus, après quoi elle pleure sans pouvoir se retenir.

Le vendredi 18 mai 1889, la malade sortit en permission, accompagnant sa mère, laquelle est atteinte de cécité et pour ce motif internée également à la Salpêtrière. Dans la rue, un gros chien se jeta tout à coup sur sa mère en aboyant. La malade eut très peur, elle se mit à trembler de tous ses memdres; ses jambes se dérobaient sous elle, elle dut s'arrêter un instant avant de pouvoir continuer sa promenade. Mais l'émotion, le tremblement, la faiblesse des membres inférieurs, se calmèrent peu à peu et disparurent complètement au

bout d'une heure environ. Le soir venu, la malade retourna à pied à la Salpêtrière, mais au moment où elle allait se mettre au lit, elle fut prise d'un malaise subit. Ce malaise consistait en une sensation de boule siégeant au creux épigastrique, d'angoisse respiratoire, de sifflements dans les oreilles, avec obnubilation de la vue ; tout cela accompagné d'une vive anxiété. Cet état de malaise alla s'accentuant pendant une demi-heure environ; après quoi la malade qui s'était mise au lit fut prise tout à coup d'un tremblement généralisé très intense. Au dire de la surveillante, elle tremblait « comme quand on a un grand frisson de fièvre», elle étouffait, elle pleurait en même temps, etc. Au bout d'une heure le tremblement cessa et la malade s'endormit. Le lendemain elle se leva ne tremblant plus, se trouvant très bien. Mais vers midi, comme elle descendait l'escalier qui de sa salle conduit au jardin de l'infirmerie, ses jambes se mirent tout à coup à trembler très fort; elles fléchissaient brusquement et presque à chaque pas; la malade, pouvnat à peine se tenir debout, fut obligée de se coucher. Quelques heures après, le tremblement envahit les membres supérieurs et la tête; et depuis ce jour il a toujours persisté, avec des périodes d'aggravation et d'apaisement, mais sans disparaître jamais complètement.

Etat actuel (29 mai). — Les stigmates hystériques qui existent chez K... sont les suivants : 1° rétrécissement concentrique à 30° du champ visuel de l'œil droit ; 2° abolition du goût à gauche ; 3° abolition de l'odorat des deux côtés ; 4° diminution notable de l'acuité auditive de l'oreille gauche; 5° ovarie double. Si l'on comprime l'ovaire gauche, la malade suffoque aussitôt; elle accuse une sensation de boule à l'épigastre ; la tête lui tourne, elle a des bruits dans les oreilles. Mais tout se borne là et l'attaque ne se produit pas, quelque insistance que l'on mette à comprimer la zone ovarienne. La sensibilité générale est partout normale.

Motilité. — La malade est très faible. Elle se soutient à peine sur ses jambes, qui fléchissent à chaque pas. Elle ne peut marcher sans s'appuyer au bras d'un aide.

Cet affaiblissement musculaire existe aussi aux membres supérieurs. Les mouvements en sont lents, inhabiles. L'exploration dynanométrique donne : main droite, 13 kilogr. ; main gauche, 5 kilogr. Peut-être, ces chiffres semblent l'indiquer, la parésie est-elle un peu plus grande dans les membres du côté gauche, mais la malade n'a pas remarqué cela; elle se sent également faible des deux côtés, et il ne lui semble pas que le côté gauche soit plus faible que l'autre.

Les réflexes rotuliens sont très brusque, très exagérés, mais le phénomène du pied fait complètement défaut. Il n'y a pas trace de contracture. Aux membres supérieurs les réflexes tendineux du coude et du poignet sont aussi notablement exagérés.

Tremblement. — Le tremblement a persisté chez la nommé Kell... depuis le 19 mai, date à laquelle il apparut brusquement (précédé par les troubles qui caractérisent l'aura hystérique, et quelques heures après que la malade eut éprouvé une vive frayeur), jusqu'à la première semaine de septembre.

Pendant cette période de trois mois, nous avons attentivement observé ce tremblement ; ses caractères sont restés à peu près constamment les mêmes, en traversant toutefois des phases successives d'apaisement relatif et de recrudescence. Ces dernières succédaient toujours à une sorte de crise de tout point semblable à celle qui précède le début du tremblement. Voici comment les choses se passaient : la malade était prise tout à coup, et presque toujours vers le soir, d'une sensation de boule localisée au creux épigastrique ; elle étouffait, elle pleurait, et le tremblement prenait sur-le-champ un degré d'intensité considérable. Elle était alors incapable de se tenir debout; si on l'interrogeait sur les sensations qu'elle éprouvait alors, elle répondait qu'elle était suffoquée, que « ça lui tapait dans les tempes ». Tout cela durait quelques minutes, un quart d'heure ; après quoi le malaise, l'angoisse respiratoire, s'effaçaient, mais le tremblement restait un peu plus intense qu'avant cette ébauche d'attaque. De plus, ses jambes étaient plus faibles, se dérobaient sous elle en fléchissant brusquement, presque à chaque pas. Elle était incapable de marcher seule, pendant deux ou trois jours, et on était obligé de la soutenir, quand elle se rendait à pied de sa salle au laboratoire de la clinique.

Peu à peu les forces revenaient dans les membres inférieurs, la malade pouvait marcher, monter et descendre les escaliers sans le secours d'un aide, le tremblement s'apaisait un peu, mais il ne disparaissait jamais complètement.

Voici quels étaient ses caractères.

La tête et les quatre membres sont animés de secousses parfaitement rhythmées, le tremblement est donc généralisé. Il prédomine aux membres inférieurs. Là il consiste en des mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la cuisse et de la jambe. Quand la malade est assise, elle trépide exactement à la façon des paraplégiques spasmodiques; cette trépidation s'interrompt pourtant de temps à autre, mais seulement quelques instants très courts, pour recommencer aussitôt. Quand on ordonne à la malade d'étendre sa jambe en la soulevant au-dessus du sol, les secousses deviennent quelquefois plus amples, mais cela ne se produit pas toujours. Parfois même le tremblement s'atténue et même disparaît quand la malade, passant ainsi du repos à l'action, étend sa jambe et la soulève. En outre, la fréquence des oscillations varie de temps à autre.

Les réflexes rotuliens sont très brusques ; la percussion des tendons active le tremblement et cependant le redressement brusque du pied, au lieu de provoquer une recrudescence des secousses, les fait cesser un moment.

Aux membres supérieurs, le tremblement a des allures plus capricieuses encore. Tantôt il existe au repos et s'efface à l'occasion des mouvements volontaires, tantôt au contraire, nul au repos, il apparaît avec les mouvements intentionnels. Ce tremblement des mains consiste en mouvements de flexion et d'extension du poignet; que la main soit étendue (attitude du serment) ou posée à plat sur une table, les oscillations se font dans le sens vertical. Étudions d'abord la marche du tremblement quand la malade laisse reposer sa main sur une table. Parfois les oscillations se succèdent régulières et à

intervalles égaux, pendant deux, trois, cinq minutes et plus; puis des moments d'arrêts se produisent, le tremblement cesse, reprend, etc.

L'influence des mouvements volontaires est aussi très incertaine. Nous l'avons déjà indiqué.

Dans l'attitude du serment le tremblement se comporte avec la même irrégularité, la même inconstance. Parfois il persiste pendant une ou deux minutes sans interruption et avec une régularité parfaite. Puis on le voit cesser tout à coup. La malade laisse retomber sa main, il ne reparaît pas, elle élève le bras de nouveau, il ne reparait pas encore. Après quoi les oscillations reprennent spontanément, pour un temps plus ou moins long, un cours régulier. En somme, ce tremblement n'est pas absolument continu; les phases d'interruptions, il est vrai, ne durent jamais plus de quelques secondes. Et si on l'examine un peu superficiellement, cette malade paraît trembler d'une façon incessante. Ce tremblement n'est pas non plus un tremblement intentionnel, puisque le passage du repos à l'action ne provoque pas toujours, soit l'apparition, soit l'accroissement d'amplitude des oscillations. Il peut exister cependant soit au repos, soit pendant les mouvements actifs.

Le tremblement de la tête est plus régulièrement continu. Il ne cesse guère dans la station debout et la station assise. Quand la malade s'étend sur son lit, le tremblement disparaît. Et alors, si elle soulève une jambe ou un bras, le tremblement apparaît souvent, mais non à toutes les épreuves.

Tels sont les caractères que présente le tremblement de la nommée Kell... pendant les jours où ce symptôme est d'une intensité moyenne. Mais si on observe la malade, le jour même ou le lendemain d'une de ces ébauches d'attaques qu'elle a de temps en temps, alors le tremblement est incessant, régulièrement continu, sauf dans le décubitus horizontal; son amplitude s'accroît à chaque fois que la malade passe de l'état du repos à l'accomplissement d'un acte quelconque. La malade reproduit alors exactement l'aspect extérieur et les allures des trembleurs répondant au type rémittent-intentionnel précédemment décrit.

TREMBLEMENTS A LOCALISATION MONOPLÉGIQUE

Obs. XIV. *Surmenage : neurasthénie et hystérie. Tremblement hystérique localisé au membre supérieur droit et accompagné de mouvements choréiques.*

La nommée Desh... Eugénie, lingère, âgée de vingt-huit ans, est entrée à la Salpêtrière le 1er août 1889. C'est une jeune fille grande, forte; elle a été réglée à quinze ans et toujours bien réglée.

Antécédents héréditaires. — Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier à signaler en ce qui concerne l'hérédité névropathique ou arthritique.

Antécédents personnels. — Son affection actuelle est sa première ma-

ladie; auparavant sa santé avait toujours été parfaite. Depuis trois ans elle travaille dans un grand magasin de lingerie. Elle est chargée de l'expédition des marchandises vendues et aussi d'une partie des achats. Elle écrit beaucoup de lettres; elle est obligée de surveiller constamment les ouvrières placées sous ses ordres. Sa besogne, nous dit-elle, est très fatigante. Elle travaille environ douze heures par jour, de 8 heures du matin à 10 heures du soir.

En septembre 1888, il y a un an, elle commença à ressentir les troubles suivants : faiblesse générale, céphalée constrictive permanente avec sensation de pression à l'occiput, sensation de compression à la région sacrée, perte de l'appétit, digestions difficiles. Après les repas elle avait toujours « le sang à la tête », elle étouffait; parfois elle était prise de vertiges subits, passagers. En même temps son caractère se modifia profondément; elle devint triste; tout l'ennuyait; elle avait des idées noires; elle se mettait parfois à pleurer sans motif. Son travail lui devenait insupportable.

Au mois de mai 1889, ces divers troubles s'accentuèrent. Elle avait beaucoup de peine à fournir sa journée de travail, parce qu'elle était très faible et parce que « sa mémoire était perdue ». Elle oubliait à chaque instant une lettre à écrire, un ordre qu'elle venait de recevoir. En causant il lui arrivait parfois de s'interrompre tout à coup, ne se rappelant plus ce qu'elle voulait dire. La nuit elle était agitée, elle avait des rêves fréquents; elle voyait des animaux, ou bien se croyait à son magasin, appelait à haute voix ses camarades, etc.

Un soir, vers 7 heures, à la suite d'une contrariété sans importance, elle se sentit tout à coup comme suffoquée, elle ressentit des élancements très douloureux dans les tempes, sa vue se troubla et elle tomba à terre en se débattant et en poussant des cris. Quand elle reprit connaissance elle pleura abondamment. Elle était très faible, on dut la ramener en voiture à son domicile.

Après deux jours de repos elle voulut retourner à son magasin. A peine avait-elle commencé à travailler qu'elle eut une seconde attaque précédée des mêmes prodromes qui avaient marqué le début de la première crise. Au sortir de cette seconde attaque elle remarqua que son bras et sa jambe du côté droit tremblaient, ce tremblement a toujours persisté depuis.

État actuel. — Depuis qu'elle est entrée à la Salpêtrière, ses attaques sont fréquentes. Elles se produisent tous les quatre ou cinq jours en moyenne. On peut les provoquer par la compression de l'un ou de l'autre ovaire, ou bien en exerçant une légère pression au creux épigastrique. La malade accuse d'abord une sensation d'étouffement, puis il lui semble que sa gorge est serrée; elle fait de violents efforts d'inspiration; elle a des battements dans les tempes; ses yeux se ferment; elle perd connaissance et l'attaque commence. Après quelques convulsions épileptiformes de courte durée, elle exécute en poussant des cris une série de mouvements de salutation interrompus de temps en temps par un arc de cercle en avant caractéristique. Après quoi elle retombe inerte, et elle se met à pleurer abondamment, elle

sanglote. Parfois l'attaque recommence. La compression des zones hystérogènes déjà indiquées ne l'interrompt pas. Un examen méthodique révèle l'existence des stigmates suivants : 1° une analgésie absolue (avec conservation des autres modes de la sensibilité), qui s'étend à tout le membre supérieur droit à partir du tiers inférieur du bras. Cette zone d'analgésie est limitée par une ligne circulaire; 2° un rétrécissement concentrique à 70° du champ visuel de l'œil droit; 3° le goût est aboli sur le côté droit de la langue; l'odorat est affaibli de ce côté. La malade souffre toujours d'une céphalée occipitale, constrictive, elle a encore la plaque sacrée; les troubles dyspeptiques persistent. Elle est triste, apathique; sa mémoire est très amoindrie; elle est comme hébétée; elle se sent tout à fait incapable de reprendre ses occupations.

Tremblement. — Indépendamment de ces divers troubles, elle présente d'ailleurs un tremblement très intense qui occupe le membre supérieur droit. Ce tremblement que nous avons observé pendant les mois d'août et de septembre offre les caractères suivants : quand la malade tient son avant-bras et sa main mollement appliqués et reposant sur son abdomen, la main et l'avant-bras sont animés d'un tremblement bien rhythmé, dont les oscillations sont au nombre de 6 1/2 à 7 par seconde. La main décrit dans son ensemble des mouvements de flexion et d'extension combinés à des mouvements d'adduction-abduction. Cette particularité se voit très nettement sur les tracés photographiques que nous avons recueillis. La ligne du tremblement est constituée par des traits obliques (et non plus verticaux comme dans le tracé fourni par Claw...); parfois même l'extrémité de la ligne d'ascension forme une boucle avec le commencement de la ligne de descente, indiquant ainsi le mouvement elliptique que décrit le poignet.

L'avant-bras placé en demi-pronation, exécute de légers mouvements alternatifs de flexion et d'extension. Mais lorsque la malade est un peu émue, le tremblement devient d'abord plus ample; puis l'on voit se produire des soubresauts du bras, qui écartent brusquement le coude de la poitrine et qui se répètent à intervalles inégaux; au bout d'un certain temps, ces secousses apparaissent dans l'épaule droite, qui se soulève par saccades; la tête elle-même exécute de temps à autre de brusques mouvements d'extension ou d'inclinaison latérale. En un mot, à ce tremblement qui existait primitivement seul sont venus s'ajouter des mouvements choréiformes.

Le tremblement présente à peu près ces mêmes caractères lorsqu'on fait étendre le bras de la malade; l'amplitude des oscillations s'accroît seulement d'une façon notable. Tout ce qui précède a trait aux périodes dans lesquelles la malade, ayant eu peu de temps auparavant une attaque convulsive, se trouve comme elle dit « très agitée ». Ces jours-là, le tremblement est continu, et ne cesse que pendant le sommeil. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Après les périodes « d'agitation » viennent des périodes de calme relatif, dans lesquelles le tremblement présente des allures tout à fait différentes. Il est alors *intermittent*. Tantôt les phases d'arrêt sont très brèves; pendant quelques secondes, une ou deux minutes au plus, le tremblement cesse, puis reprend soit à l'occasion d'un mouvement, soit en plein état de

repos. Dans ces moments de calme relatif, l'élévation du bras (attitude du serment) fait reparaître *presque* toujours le tremblement. Il en est de même des émotions.

L'acte d'écrire est surtout apte à réveiller le tremblement. Quand, se trouvant dans un de ses moments de calme, la malade saisit un crayon et trace, même d'une façon fictive, une série de mots, le tremblement reparaît presque aussitôt, léger d'abord puis très accentué, et même plus rapide que de coutume. Le nombre des oscillations s'élève de 7 à 8 par seconde.

Lorsqu'on comprime l'ovaire droit de la malade, alors que sa main a cessé de trembler, aussitôt, en même temps que la malade accuse les symptômes de l'aura, le tremblement reparaît, très intense, il persiste alors pendant plus d'un quart d'heure sans interruption.

Enfin, il arrive de temps en temps que les périodes d'arrêt du tremblement se prolongent pendant une ou deux heures. Dans ces moments les oscillations disparaissent complètement. La malade peut écrire très exactement une lettre; mais qu'on vienne à comprimer l'ovaire droit, les secousses recommencent immédiatement et l'écriture devient presque impossible.

OBS. XV. *Accident de chemin de fer : neurasthénie et hystérie consécutives. Tremblement hystérique de la main droite.*

Claw... Louis, âgé de quarante-deux ans, employé de la Compagnie internationale des wagons-lits, est entré à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Charcot, en juillet 1889.

Antécédents héréditaires. — Le malade ne peut donner aucune indication sur l'état de santé de ses grands-parents. Cette réserve faite, on ne retrouve chez ces ascendants, dans la ligne directe comme dans la ligne collatérale, aucun élément d'hérédité névropathique.

Antécédents personnels. — Claw... est né en Alsace. Dans son enfance, il a vécu à la campagne, travaillant aux champs. Il n'a pas été sujet à ces terreurs nocturnes, à ces hallucinations hypnagogiques si fréquentes chez les jeunes enfants issus de souche névropathique. A l'âge de dix-huit ans, il fit une chute dans laquelle il se contusionna fortement l'épaule droite. En 1870, il reçut, à Gravelotte, un coup de feu au mollet gauche. La plaie, qui était superficielle, se cicatrisa rapidement et après un mois de repos il put reprendre son service. Ces deux traumatismes, tout son passé pathologique, n'eurent aucune suite fâcheuse et n'altérèrent en rien sa santé générale. Il a toujours été un homme sobre, nullement porté aux excès alcooliques ou autres, de mœurs simples et tranquilles. Marié, il a eu sept enfants; deux de ses enfants sont morts du croup; les autres sont bien portants. Après la guerre il vint habiter Paris. Il a été successivement garçon d'hôtel, valet de chambre, et puis garde de propriété en Normandie.

Il y a un an, en juin 1888, il entra comme conducteur, à la Compagnie des wagons-lits. Ses fonctions consistaient à surveiller les voitures de la compagnie dans les trains en marche et à aider au service des voyageurs. Cette exis-

tence faite de voyages incessants, de sommeils interrompus, de préoccupations continuelles, de responsabilités sérieuses, contrastait singulièrement avec la vie calme et régulière qu'il menait avant d'entrer au service de sa compagnie, alors qu'il était garde de propriété en Normandie. Cependant, malgré les fatigues qu'il avait à subir dans l'exercice de sa nouvelle profession, sa santé resta parfaite. Il n'éprouvait aucun malaise, aucun trouble nerveux notamment, lorsqu'il fut victime d'un accident de chemin de fer dans les circonstances que voici : pendant la nuit du 4 au 5 septembre 1888, C... se trouvait dans un train rapide venant de Genève et allant à Paris. Vers 3 heures du matin, à Velars, près de Dijon, ce train dérailla empiétant sur la voie collatérale et fut pris aussitôt en écharpe par un train express lancé à toute vitesse. Le malade raconte qu'il était debout dans le couloir du wagon au moment où le choc se produisit. Il fut projeté contre la paroi du compartiment et perdit immédiatement connaissance. Quand il revint à lui, deux ou trois minutes après, il s'entendit appeler par les voyageurs; il se leva rapidement et sans difficulté. L'obscurité était complète, les lampes s'étant éteintes au moment de la collision; il chercha à tâtons un sac dans lequel il se souvenait d'avoir mis une bougie, puis ne le trouvant pas il sortit du wagon en passant à travers les débris de toutes sortes qui l'environnaient. Arrivé sur le talus qui bordait la voie, il examina s'il n'était pas blessé et il s'aperçut qu'il avait des contusions au côté gauche de la poitrine, une plaie superficielle sur la face dorsale du poignet droit et une longue éraflure à la jambe gauche. Ces blessures ne saignaient pas, ne lui causaient aucune douleur; il avait conservé la liberté et l'exercice de tous ses mouvements. Les voyageurs qui se trouvaient couchés dans sa voiture au moment du choc étaient sains et saufs. Pendant deux heures environ il travailla sans relâche à secourir les blessés, à dégager les voyageurs emprisonnés sous les décombres. C'est alors seulement qu'il commença à se sentir ému; à ce moment il éprouva un malaise général; ses forces faiblirent, ses jambes se dérobaient sous lui. Il dut cesser de travailler, et, après avoir fait panser son poignet et sa jambe blessés, il alla se coucher. Mais il était dans un tel état d'angoisse et d'agitation qu'il lui fut impossible de dormir. Il resta ainsi toute la journée du 5 septembre sur le lieu de l'accident, assistant au sauvetage et à l'enlèvement des victimes, sous le coup d'une émotion grandissante qui le faisait parfois trembler de tous ses membres et qu'il ne pouvait pas maîtriser. Il passa la nuit suivante couché dans un wagon-lit. Mais il ne put fermer l'œil. Il avait, nous dit-il, la tête perdue; il lui semblait entendre les cris des blessés, il revoyait tous les accidents du drame auquel il venait d'assister. Le lendemain au soir quand il arriva à Paris il était encore tremblant et très ému. On dut l'aider à descendre du wagon. Rentré chez lui, le malade s'alita jusqu'à la complète guérison de ses contusions et de ses blessures, c'est-à-dire pendant une dizaine de jours. Durant cette période il se plaignait surtout de ne pouvoir pas dormir. Dans la journée il était assez calme, mais tous les soirs vers 8 ou 9 heures il entrait dans un état d'agitation violente accompagnée de rêves, de cauchemars et parfois même d'hallucinations. Tantôt il se croyait

dans un train en marche, il parlait à haute voix, s'adressant aux voyageurs, appelait un de ses camarades, etc. Tantôt il assistait à certaines scènes de l'accident de Velars. Parfois il avait des visions de chats ou de rats courant sur ses couvertures. Une nuit il se leva, saisit un seau d'eau et se mit à poursuivre des rats, voulant, disait-il, les noyer. Pendant ces sortes de rêves en action il appelait sa femme, lui montrait avec insistance ces animaux imaginaires, l'invitait à les tuer, etc. Il ne se calmait qu'aux approches du jour, vers 4 ou 5 heures du matin.

Dix jours après l'accident, ses blessures étaient guéries, il put se lever et faire quelques promenades au dehors. Mais dans la dernière semaine de septembre il commença à éprouver un mal de tête consistant en une sensation continuelle de serrement ou de poids pesant sur tout le crâne. Cette céphalée était particulièrement intense dans la région occipitale. En outre, il se plaignait d'une gêne douloureuse siégeant à la partie inférieure du dos sur la région médiane, un peu au-dessus du sacrum. Cela lui faisait mal lorsqu'il passait de la station assise à la station debout, ou bien quand il se baissait pour ramasser un objet. Il n'avait plus d'appétit; ses digestions étaient pénibles; il se plaignait d'avoir l'estomac gonflé; après le repas il était pris d'un besoin de sommeil irrésistible. Il attribua tous ces troubles à la vie sédentaire qu'il menait depuis son accident et il se décida à reprendre ses fonctions de conducteur.

Au commencement du mois d'octobre, un mois après l'accident, il fit un voyage à Vienne. Pendant le trajet il remarqua en délivrant un reçu à un voyageur que sa main droite tremblait. Ce tremblement fut assez prononcé pour l'empêcher d'écrire, mais il s'atténua quelques heures après. De retour à Paris, quand il remit son carnet au contrôleur de la compagnie, celui-ci lui fit observer que ses écritures étaient en désordre et que ses comptes étaient faux. Il s'excusa en disant « que depuis l'accident qui lui était arrivé, il n'avait plus sa tête à lui, que sa mémoire était embrouillée ». Après quelques jours de repos, il partit pour un second voyage. Il devait aller jusqu'à Madrid. Mais à Bordeaux il fut obligé de s'arrêter. Le tremblement de la main droite s'était accentué de même que la céphalée constrictive; il sentait que sa jambe et son bras droits devenaient faibles; il obtint un congé et rentra chez lui. Pendant une huitaine de jours il garda la chambre. Il était triste, maussade, tout l'agaçait. Il se mettait tout à coup à pleurer sans trop savoir pourquoi. Constamment préoccupé de son état de santé, il disait souvent à sa femme qu'il avait peur d'être paralysé. « Le tremblement du membre supérieur droit était devenu incessant; la jambe droite commençait aussi à trembler. Les troubles dyspeptiques, la céphalée constrictive, le point douloureux lombaire persistaient. Parfois il était pris de vertiges. Tel était l'état du malade, lorsque dans les premiers jours de novembre il eut ce qu'il appelle sa première attaque de nerfs. » Un jour, vers 6 heures du soir, étant dans sa chambre, il éprouva tout à coup « comme des secousses électriques dans les membres, puis quelque chose lui monta à la gorge, il étouffait ». Ses tempes battaient, il entendait des bourdonnements dans les oreilles; au même ins-

tant sa vue se troubla et il tomba sans connaissance. Quand il revint à lui, au bout de dix minutes environ, sa femme qui était présente lui raconta ce qui s'était passé : il s'était débattu, il s'était roulé sur le parquet en criant et en cherchant à déchirer ses habits, et elle ajouta : « Tu as eu une crise de nerfs comme la voisine. » Or, renseignements pris, la voisine est une hystérique avérée qui a de temps en temps de grandes attaques, et qui appelle auprès d'elle la femme du malade « lorsqu'elle sent qu'elle va avoir sa crise ».

Au sortir de cette première attaque, Claw... remarque que sa jambe et son bras droits tremblaient plus fort, que ces membres étaient devenus beaucoup plus faibles. Deux jours après, il eut, encore vers 7 heures du soir, une seconde attaque semblable à la première et précédée comme elle des mêmes sensations de serrement à la gorge, d'étouffements, de battements dans les tempes, etc. Depuis cette époque, les crises allèrent se répétant à des intervalles variables. Au mois de janvier 1886, il alla consulter à l'hôpital Necker et, sous l'influence du traitement hydrothérapique qui lui fut prescrit par M. le docteur Rendu, ses crises devinrent un moment moins fréquentes. Depuis lors tous les troubles que présentait le malade lors de sa première attaque ont persisté sans se modifier le moins du monde, en dépit des thérapeutiques diverses auxquelles il a été soumis.

Voici quel est l'état du malade le 3 juillet 1889, jour de son entrée à la Salpêtrière.

État actuel (3 juillet 1889). — C'est un homme de taille moyenne, bien musclé et d'aspect assez robuste. Il est intelligent; il répond avec précision aux questions qu'on lui pose, mais d'une voix cassée et qui tremble par instants.

Motilité. — Les traits du visage sont symétriques et réguliers. Il n'y a aucune apparence de spasme ni de paralysie. La langue est tirée droite et se meut dans tous les sens sans difficulté.

Le malade se plaint d'avoir perdu ses forces; à peine a-t-il fait quelques pas qu'il se sent fatigué. Indépendamment de cet affaiblissement général, il existe chez lui une parésie très prononcée des membres du côté droit.

Sensibilité. — On constate une anesthésie absolue de toute la moitié droite du corps pour la sensibilité à la douleur, la sensibilité thermique et le sens musculaire. Par contre, la sensibilité tactile n'est que diminuée. La conjonctive de l'œil droit, la muqueuse nasale du côté droit, la moitié droite du pharynx, sont complètement insensibles.

On peut comprimer fortement le testicule droit sans provoquer aucune douleur.

Sens. — L'ouïe et l'odorat sont affaiblis, notablement du côté droit.

Le goût est complètement aboli sur toute la moitié droite de la langue.

Pas de troubles oculaires.

Zone hystérogène. — Lorsqu'on exerce une pression un peu énergique au niveau de la partie droite de l'hypogastre immédiatement au-dessus du pli de l'aine, le malade accuse d'abord une vive douleur, puis il sent comme une boule qui lui monte du ventre à la gorge, sa respiration devient anxieuse, et si on l'interroge sur ce qu'il éprouve il se plaint d'avoir des bourdonnements

dans les oreilles, des battements dans les tempes; puis sa vue se brouille et il menace de tomber; les choses s'arrêtent là, et l'aura ainsi provoquée n'est pas suivie d'attaque.

État mental. — Depuis l'accident dont il a été victime, le malade est triste, apathique; il cause peu; parfois il pleure sans motif. Il n'a plus la vivacité d'esprit, l'entrain qu'il avait autrefois, mais son intelligence paraît intacte. Par contre, sa mémoire est affaiblie; il le sait et il s'en plaint. « Il y a des jours, dit-il, ou j'oublie tout ce que je viens de faire et d'autres jours je me rappelle très bien. » Cependant il nous a raconté l'histoire de sa maladie à plusieurs reprises, sans trop hésiter et sans varier jamais dans ses assertions. Enfin le malade accuse toujours cette céphalée gravative incessante et prédominant dans la région occipitale qui est apparue dès la seconde semaine après la collision. Dès qu'il se met à lire, son mal de tête s'accroît.

Il a souvent des vertiges. L'appétit est médiocre, les digestions sont pénibles, il étouffe et il a le sang à la tête après le repas.

Le 6 juillet, le malade demande sa sortie. Nous l'avons revu et examiné à nouveau le 27 juillet, puis le 4 et le 26 août. Il n'y a rien de changé dans son état. Il présente également les mêmes symptômes que nous avions constatés pendant son séjour dans le service de la clinique. Il a toujours des attaques, une ou deux par semaine en moyenne. Mais il existe chez lui actuellement de la diplopie monoculaire et un rétrécissement concentrique et permanent du champ visuel (examen du 26 août), signes qui faisaient encore défaut à l'époque où le malade a quitté l'hôpital.

Tremblement. — L'histoire du tremblement que présente ce malade, peut se résumer ainsi :

Lorsque Claw..., guéri de ses blessures et de ses contusions, mais devenu neurasthénique à la suite de l'accident dont il avait été victime, reprit, au bout d'un mois, son métier de conducteur, il s'aperçut tout à coup, en voulant inscrire le nom d'un voyageur sur son carnet, que sa main droite tremblait. Ce tremblement fut assez intense pour l'empêcher d'écrire et le malade dut prier un de ses camarades d'écrire pour lui. Mais, au bout de quelques instants, ce tremblement s'apaisa et disparut. Quelques jours après il reparut de nouveau, pour disparaître encore. Et ce n'est qu'après la première attaque d'hystérie qu'il s'installa définitivement.

Il existait alors au membre supérieur et au membre inférieur droits. Depuis quelque temps il a cessé de se montrer au membre inférieur, mais il a toujours persisté à la main droite, s'atténuant parfois, et subissant à chaque nouvelle attaque qu'avait le sujet une recrudescence bien marquée. Depuis le 3 juillet 1889, époque à laquelle nous avons commencé à observer ce malade, jusqu'à ce jour (15 septembre) ce tremblement a toujours présenté les caractères suivants : il est localisé à la main droite; celle-ci est animée de secousses d'extension et de flexion alternatives, bien rhythmées, au nombre de 6 à 6 1/2 par seconde. Le tremblement persiste à l'état de repos, mais les oscillations sont plus amples, plus apparentes lorsque le malade place sa main dans l'attitude du serment.

Ce tremblement peut persister rigoureusement continu pendant des heures entières. Mais par moments il devient intermittent; alors, si l'on observe le malade dans l'état de repos, sa main reposant sur ses genoux, ou pendante et abandonnée à elle-même, on voit de temps en temps le tremblement cesser pendant quelques instants, parfois très courts, quelques secondes, une minute ou deux, et reparaître ensuite, sans qu'un mouvement quelconque volontaire ou involontaire soit venu provoquer le retour des oscillations. Il nous a semblé que plus l'attention du malade était distraite, plus ces arrêts étaient fréquents et prolongés.

Parfois, mais non toujours, les mouvements volontaires réveillent le tremblement ou le font s'accroître. Le malade a beaucoup de peine alors à couper son pain, et porter son verre à sa bouche sans en répandre le contenu lui est chose impossible. Il écrit cependant, mais à grand'peine. Pour pouvoir y parvenir il trace des lettres très grandes; les traits sont irréguliers, finement tremblés.

La compression de la zone hystérogène détermine l'accroissement de l'amplitude des oscillations.

Obs. XVI. — *Chute, émotion vive, neurasthénie et hystérie consécutives. Tremblement hystérique du membre supérieur droit.*

Armandine Roug..., âgée de seize ans, couturière, s'est présentée à la consultation externe de la Salpêtrière le mardi 25 juin 1889.

Antécédents héréditaires. — Mère très nerveuse, emportée, très coléreuse. Une *tante* du côté maternel a des crises de nerfs. Père bien portant, pas nerveux, pas alcoolique. La malade et sa mère ne peuvent fournir aucun renseignement sur les autres membres de leur famille.

Antécédents personnels. — Cette jeune fille avait toujours joui d'une bonne santé, avant le début de l'affection actuelle. La varioloïde et une fluxion de poitrine qu'elle eut vers l'âge de cinq ans ou six ans constituent tout son passé morbide.

Elle a été réglée à treize ans et toujours bien réglée. Elle n'avait jamais eu de crises de nerfs d'aucune sorte. Elle était seulement très impressionnable. Depuis trois ans elle travaille dix heures par jour dans un atelier de couture.

Histoire de la maladie. — Il y a six mois, en novembre 1888, en traversant la place Vendôme, elle fut bousculée et jetée à terre par un cheval de fiacre. Elle ne fut touchée, ni par les sabots du cheval, ni par les roues de la voiture. Elle se releva aussitôt, n'ayant aucun mal, et elle put sans difficulté aucune terminer la course assez longue qu'elle avait à faire. Mais elle avait éprouvé au moment de l'accident une frayeur très vive, et lorsqu'elle rentra à son atelier, une heure après, elle était encore toute pâle d'émotion et un peu tremblante. On examina si elle était blessée et l'on ne put découvrir sur elle aucune éraflure, aucune trace de contusion.

Quelques jours après cet accident, elle commença à éprouver une série de troubles qui ont toujours persisté depuis lors et qui sont les suivants :

céphalée tenace, constrictive, généralisée, mais prédominant à la région occipitale; sensation de gêne, de pression, permanente au niveau de la région sacrée; diminution des forces; inappétence; digestions difficiles s'accompagnant d'une sensation de poids et de gonflement à l'épigastre et parfois de suffocation, avec rougeur vive de la face. Plusieurs médecins furent consultés. On lui prescrivit l'usage du fer, du quinquina, le régime lacté, etc. Tous ces traitements ne produisirent aucune amélioration.

Tel était donc l'état de la malade lorsque il y a une quinzaine de jours (vers le 28 juillet environ) elle fut prise tout à coup, en travaillant à sa couture, vers trois heures de l'après-midi, sans qu'elle eût été contrariée, sans motif d'aucune sorte, d'un *tremblement* de la main droite. Ce tremblement d'abord très faible, s'accrut rapidement dans l'espace d'une heure ou deux. A tel point que la malade ne put achever sa besogne et qu'elle dut renoncer à coudre avant la fin de la journée. Ce tremblement, accompagné d'un degré notable de parésie du membre supérieur droit, a toujours persisté depuis.

Jusqu'à ce jour la malade n'a eu aucune crise nerveuse, aucune syncope. Seulement il lui arrive parfois de ressentir à la base du cou comme une boule qui l'étouffe. Dans ces moments-là, nous dit sa mère, « elle pleure volontiers et ça la soulage ».

État actuel (29 juin 1889). — Il existe chez cette malade :

1° *Sensibilité.* — Une diminution notable de la sensibilité au contact, à la douleur et à la température dans toute la moitié droite du corps. Mais le membre supérieur droit est le siège d'une anesthésie absolue, superficielle et profonde pour tous les modes de la sensibilité, y compris le sens musculaire.

Cette anesthésie complète s'interrompt brusquement sur une ligne qui contourne l'épaule et le creux de l'aisselle en empiétant un peu, en avant, sur la région antéro-latérale droite du thorax.

Pas d'anesthésie pharyngienne.

Sens. — Le goût est aboli à droite.

L'ouïe, l'odorat et la vision sont intacts. Il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel notamment.

Motilité. — Le membre supérieur droit est notablement parésié. Au dynanomètre : main droite, 6 kilogr.; main gauche, 20 kilogr.

La malade cependant peut mouvoir son bras et sa main dans tous les sens. Mais elle est incapable d'accomplir avec ce membre les actes qui nécessitent un déploiement d'énergie musculaire un peu considérable. Ce sont surtout les mouvements de la main qui sont gênés. Elle ne peut pas saisir solidement un verre et le porter à sa bouche. Elle a beaucoup de peine à se peigner, à boutonner sa robe; il va sans dire que cet affaiblissement musculaire n'est pas seul en cause dans l'incapacité fonctionnelle du membre supérieur droit. Le tremblement dont il est animé, et que nous allons décrire, entre aussi pour une bonne part dans l'inhabileté des autres mouvements, surtout de ceux que nécessitent les actes de coudre, d'écrire, etc.

Il n'y a pas de trace de contracture; les réflexes tendineux du poignet et

du coude sont normaux. Le membre supérieur gauche, les membres inférieurs, la face, la langue ne présentent aucun trouble de la motilité.

Il n'existe aucune zone hystérogène.

La malade n'a jamais eu d'attaques.

Depuis le 29 juin, nous avons réexaminé cette malade à plusieurs reprises. A cette époque, elle n'avait jamais eu d'attaque; mais le 3 août dernier, après avoir assisté à une querelle violente que son père eut avec un individu, elle fut prise presque aussitôt des symptômes classiques de l'aura hystérique : sensation de boule remontant à la gorge, suffocation, battements dans les tempes, bourdonnements d'oreilles, etc., après quoi elle perdit connaissance. Sa mère qui était présente nous a rapporté qu'elle s'était débattue en criant très fort. Qu'elle « avait fait le pont », c'est-à-dire que son corps décrivait un arc de cercle en avant, tandis que sa tête et ses pieds touchaient seuls le plan du lit. Cette attaque qui avait duré un quart d'heure, se termina par des larmes et des sanglots. Un examen méthodique de la malade pratiqué le 15 septembre a montré que les stigmates hystériques qu'elle présentait le 29 juin se sont notablement accentués, complétés. Il existe en effet une hémianesthésie droite complète absolue pour tous les modes de la sensibilité; un rétrécissement concentrique à 70° du champ visuel de l'œil droit; une diminution très marquée de l'acuité auditive de l'oreille droite.

Le tremblement du membre supérieur droit que nous allons maintenant décrire est resté exactement tel qu'il était lors de notre premier examen, sans se modifier le moins du monde. Voici quels sont ses caractères :

Tremblement. — Le tremblement a été chez cette malade la première manifestation importante de la névrose hystérique. Il s'est développé quelque temps après l'accident dont elle a été victime, et, si l'on s'en rapporte aux détails de l'observation, d'une façon inopinée, subite, tandis qu'elle était en train de coudre, nous a-t-elle dit. Il a toujours persisté depuis. Il est localisé au membre supérieur droit. Il existe au repos et pendant les mouvements volontaires. Les secousses sont surtout prononcées à l'extrémité du membre. La main exécute de petits mouvements incessants, régulièrement rhythmés, dans le sens flexion ou extension.

La fréquence des oscillations est de 5 à 5 1/2 par seconde, quand la malade laisse reposer sa main sur une table ou sur ses genoux.

Si elle saisit un objet pour le porter à sa bouche, ou bien si elle étend son bras dans l'attitude du serment, les secousses deviennent beaucoup plus petites, très inégales, mais aussi beaucoup plus rapides, et cela à tel point que le tremblement prend alors les caractères de la forme vibratoire.

Les oscillations devenant ainsi plus petites, il en résulte que la malade accomplit sans difficulté, avec sa main droite, les actes relativement grossiers, tels que ceux de porter un verre à la bouche, se boutonner. Par contre, ce tremblement menu lui rend impossible l'acte de coudre : « elle fait de faux points et parfois même se pique les doigts. »

La mère de la malade nous affirme que ce tremblemement s'arrête parfois, mais un instant seulement, quand « elle n'y fait pas attention », quand

son esprit est vivement distrait par une circonstance quelconque. Il cesse pendant le sommeil.

Le 15 septembre, le tremblement persiste sans avoir subi aucune modification.

TREMBLEMENT A LOCALISATION HÉMIPLÉGIQUE

OBS. XVII. — *Hystéro-épilepsie. Tremblement hystérique des membres supérieurs et inférieurs du côté droit.*

Le nommé Cah... Charles, âgé de vingt-deux ans, employé de commerce, est entré à la Salpêtrière le 6 juin 1889, salle Prüss, lit n° 8, dans le service de M. le professeur Charcot.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique et de race juive ; mère hystérique. Le malade a cinq frères, dont deux sont manifestement névropathes : l'un est mégalomane. L'autre, sans jamais avoir présenté d'attaques, a eu une fois une contracture (forme hémiplégique gauche), contracture qui a duré deux mois et qui a disparu brusquement. Sept sœurs : l'une d'elles, morte de méningite tuberculeuse; deux sont hystériques; l'une de celles-ci a été traitée à la Salpêtrière pendant deux ans (1879-1880) pour attaques hystéro-épileptiques.

Antécédents personnels. — Avant le début de l'affection actuelle, sa santé a toujours été parfaite. Une fièvre scarlatine qu'il eut à l'âge de huit ans constituait tout son passé pathologique. L'hystérie s'est révélée chez ce malade dans le mois de mai 1885, dans les circonstances que voici :

Un soir son père rentra chez lui en état d'ivresse furieuse, criant et frappant à tort et à travers sur les membres de sa famille. Cah... éprouva une frayeur très vive. Après cette scène de colère, il passa une partie de la nuit agité, il finit cependant par s'endormir. Mais le lendemain, en se réveillant, il était complètement contracturé. Son cou était raide, nous dit-il, il ne pouvait incliner sa tête dans aucun sens; ses membres étaient rigides, immobilisés en extension par la contracture, les avant-bras en pronation forcée, les poings fermés, la paume de la main tournée en dehors. Il avait toute sa connaissance, il pouvait parler, manger et boire sans difficulté. Il n'avait pas du tout de fièvre; il dormait bien. Cet état de contracture persista sans se modifier pendant près de trois mois. Un jour, la rigidité des membres cessa brusquement et le malade recouvra « comme par enchantement » l'entière liberté de ses mouvements.

L'année suivante, en 1886, après une période de malaise vague pendant laquelle son caractère se modifia profondément (il devint triste, pleurait souvent sans motif), il eut sa première attaque d'hystéro-épilepsie. Cette attaque, comme celles très nombreuses qu'il a eues ultérieurement, fut précédée de la série des prodromes qui caractérisent l'aura hystérique, à savoir : sensation de boule partant de l'aine gauche et remontant au creux de l'estomac, puis au cou, angoisse respiratoire, palpitations, battements dans les tempes, etc. Depuis cette époque, indépendamment des crises convulsives qui se succédaient à intervalles variables (tous les mois ou tous les deux mois), Cah... a présenté plusieurs accidents intéressants :

En 1887 il eut une seconde attaque de contracture généralisée qui dura huit jours et prit fin subitement à la suite d'une attaque convulsive. En juin 1888, chorée malléatoire qui persista pendant une dizaine de jours. En novembre de la même année, troisième attaque de contracture qui dura quinze jours. En février 1889, à la suite d'une attaque qui fut, paraît-il, particulièrement violente, le malade vit sa main et son avant-bras droit s'atrophier rapidement en quelques jours. Cette atrophie a toujours persisté depuis. Le 6 juin, Cah... entre dans le service de la clinique.

État du malade (le 10 juin 1889). — Le sujet est de taille peu élevée, mais il est bien musclé et d'apparence robuste. On constate chez lui : 1° une hémianesthésie droite, absolue, superficielle et profonde, intéressant à la fois la sensibilité générale et les organes des sens. Le sens musculaire est aboli à droite; 2° une hyperesthésie cutanée de tout le membre inférieur gauche, la plante du pied exceptée ; 3° une zone hystérogène correspondant au pli de l'aine du côté gauche; 4° un double rétrécissement concentrique du champ visuel, à 35° pour l'œil gauche, à 45° pour l'œil droit. L'examen de la vision pratiqué par M. le Dr Parinaud révèle, en outre, de la diplopie monoculaire et de la micromégalopsie pour l'œil droit. Il n'y a pas dyschromatopsie; 5° une parésie des membres du côté droit prédominant au membre supérieur. Exploration dynamométrique : main gauche, 70 kilogr.; main droite, 15 kilogr. Le membre supérieur est atrophié dans son ensemble. Au bras et à l'avant-bras l'atrophie est uniformément répartie, mais à la main l'atrophie porte surtout sur les muscles. L'éminence thénar a complètement disparu. Il s'agit d'atrophie simple sans réaction de dégénérescence (examen de M. Vigouroux).

Malgré cette parésie et cette atrophie musculaire, le malade se sert sans difficulté de sa main et de son bras pour tous les actes de la vie usuelle. L'affaiblissement du membre inférieur droit ne l'empêche pas non plus de courir, de faire de longues marches.

Tremblement. — Le membre supérieur droit est le siège d'un tremblement qui présente les caractères suivants : ce tremblement n'apparaît qu'à la suite des attaques; il dure deux, trois jours, parfois quelques heures seulement, et puis il s'atténue et cesse complètement. Il est constitué par de petites oscillations, rapides, inégales qui se produisent dans le sens vertical (flexion, extension), lorsque le malade tient son bras et sa main tendus horizontalement. Elles ne cessent pas à l'état de repos, et leur amplitude ne s'accroît que fort peu quand le malade élève la main pour saisir un objet ou placer son bras dans l'attitude du serment. Les mouvements sont peu gênés en somme. Le malade peut rouler une cigarette, porter un verre à sa bouche, écrire même, bien que son écriture soit alors peu régulière.

Le nombre des oscillations est de 8 1/2 à 9 1/2 par seconde. Les oscillations sont régulièrement espacées, mais leur amplitude est très variable. Au résumé, il s'agit d'un tremblement rapide, à forme vibratoire, localisé au membre supérieur droit.

Nous n'avons pas pu constater chez ce malade l'action de la zone hystérogène sur ce tremblement, car cette zone est très sensible; la plus légère pression provoque immédiatement l'attaque.

A côté de ce tremblement, le malade en présente parfois un autre, mais d'une forme différente, au membre inférieur droit. Comme le précédent, il n'apparaît qu'à la suite des attaques; sa durée est plus éphémère encore; il ne persiste que quelques heures après l'attaque qui l'a fait naître. Il a tous les caractères de l'épilepsie. Mais il ne se produit que lorsque le sujet tient sa jambe étendue sur une chaise, ou appuyée le talon sur le sol, ou bien lorsqu'il l'élève horizontalement. Par contre, quand le malade a sa jambe fléchie à angle droit, le pied reposant à plat sur le parquet et quand il est debout, le tremblement ne se produit jamais; quoi qu'on fasse.

Le réflexe rotulien du côté droit est exagéré et très brusque. La percussion du tendon développe la trépidation, le redressement brusque du pied également, mais ces manœuvres ne sont efficaces qu'à la condition que la jambe soit placée dans l'une des attitudes favorables que nous venons d'indiquer.

Le nombre des oscillations est de 6 par seconde.

Nous avons suffisamment insisté dans le chapitre premier de ce travail sur la grande analogie qui existe entre le tremblement hystérique à forme vibratoire et les tremblements également rapides de la paralysie générale, de la maladie de Basedow et de l'intoxication alcoolique. Nous n'avons donc pas à y revenir ici.

Nous avons aussi indiqué (chap. II) d'une façon aussi précise que possible les traits de ressemblance qui existent entre le tremblement mercuriel, celui de la sclérose en plaques et certaines formes de tremblement hystérique.

Nous devons encore faire remarquer que les données aujourd'hui acquises sur les tremblements hystériques, sur leur polymorphisme, la multiplicité des aspects sous lesquels ils peuvent se présenter en clinique rendent incertaine la légitimité de certaines espèces de tremblement jusqu'ici admises; tels sont le tremblement saturnin, certains tremblements dits émotifs.

Nous ne prétendons pas que ces tremblements n'existent pas, qu'ils sont tous de nature hystérique. Nous croyons seulement qu'il y a lieu de soumettre, à l'avenir, les faits qui ressortissent à ces catégories de tremblements à un contrôle plus sévère, plus attentif. Nous avons vu et nous pourrions citer plusieurs cas de tremblement saturnin et de tremblements provoqués par une vive frayeur qui appartenaient certainement au domaine de l'hystérie.

Il y aurait lieu encore de reviser les faits de tremblements d'origine traumatique.

Nous croyons aussi que parmi les tremblements consécutifs aux maladies aiguës, telles que la variole, la fièvre typhoïde, l'érysipèle (faits de Westphall, Behier et Liouville, Clément, etc.), il en est qui sont en réalité de nature hystérique.

Enfin certains tremblements hystériques, quand ils prennent la forme hémiplégique ou monoplégique, pourraient aisément être pris pour des tremblements post-hémiplégiques ou symptomatiques d'une tumeur cérébrale.

L'observation qui va suivre donne une idée assez nette des difficultés que peut présenter le diagnostic différentiel d'un tremblement hystérique et d'un tremblement causé par une tumeur cérébrale.

Obs. XVIII. — La nommée Mand.... Mathilde, âgée de trente ans, femme de chambre, entrée à la Salpêtrière le 8 avril 1889, salle Duchenne, lit n° 3, dans le service de M. le professeur Charcot.

Antécédents héréditaires. — *Grand-père* pas connu de la malade. *Grand'-mère* pas nerveuse, santé parfaite, morte à quatre-vingt-deux ans. *Mère* sujette à des accès de névralgie faciale très violents qui reparaissent tous les deux ou trois mois. *Trois oncles* et une *tante.* Un oncle qui est migraineux, c'est tout. Une *cousine germaine* avait « une maladie noire ». Elle était triste, fuyait toute compagnie. Voulait vivre seule. *Côté paternel.* Grands-parents ne sont pas connus de la malade. *Père* très emporté, coléreux, alcoolique. *Trois oncles* et deux *tantes* bien portants. Leurs enfants ne sont pas bien connus de la malade.

Antécédents personnels. — A l'âge de sept ou huit ans, elle a été sujette pendant quelques mois à des terreurs nocturnes avec hallucinations. Cela la prenait dès qu'elle était couchée, elle voyait un « grand monsieur tout habillé de blanc », elle poussait des cris, on accourait auprès d'elle et puis elle se calmait et s'endormait jusqu'au lendemain. Réglée à quatorze ans, très irrégulièrement et parfois règles douloureuses. Depuis l'âge de quinze ans, femme de chambre jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, santé parfaite. Aucune affection d'ordre névropathique ou autre, seulement quelques accès de migraine vulgaire tous les deux ou quatre mois. Rien autre.

Histoire de la maladie. — C'est il y a quatre ans qu'elle est devenue malade (septembre 1886).

Elle était alors aux bains de mer, à Veules, où ses maîtres l'avaient amenée. Elle couchait dans une mansarde dont la fenêtre fermait fort mal. La pièce était très humide, avec des moisissures sur les murs; la nuit, le vent très frais (on était en septembre) soufflait sur son lit à travers la fenêtre mal jointe; c'est dans cette chambre qu'une nuit (la veille au soir, dispute avec la cuisinière), vers *une heure ou deux du matin*, elle fut prise pour la première fois *de violentes douleurs dans la tête.* Ces douleurs la réveillèrent brusquement. Elles siégeaient dans toute la moitié droite du crâne et autour de l'œil droit. C'étaient des élancements douloureux très vifs, très

rapides et incessants, avec des battements très forts dans la tempe droite et des bourdonnements continus dans l'oreille du même côté. Il lui fut impossible de dormir. Le lendemain au matin les douleurs étaient un peu calmées (elle avait pris des pilules que lui avait données un pharmacien), mais elles persistèrent en s'atténuant progressivement pendant quatre ou cinq jours.

Pendant la durée de ce premier accès elle n'éprouva, non plus durant les accès qui suivirent ultérieurement, aucune douleur dans les régions ovariennes, aucune sensation de boule, de constriction à la gorge, rien qui rappelle l'aura hystérique vulgaire. Pendant quatre ou cinq mois il lui arriva de temps en temps de souffrir de la moitié droite de la tête. Mais seulement pendant une ou deux heures. Elle avait des battements douloureux à la tempe, au front, son oreille droite bourdonnait et cela passait au bout d'une demi-heure, une heure ou deux. C'était comme de petits accès avortés.

En octobre, céphalalgie, fièvre : entre à Bichat : séjour de quinze jours; délire ; fièvre typhoïde (?)

Deuxième accès avec perte de connaissance en janvier 1887.

Accès douloureux (cinq mois après le premier accès). La veille, altercation vive avec une autre femme de chambre. *Le soir vers dix heures et demie*, au moment où elle allait se coucher, tout à coup elle est prise de douleurs très fortes dans toute la moitié droite de la tête, de la nuque au front, pas dans l'œil; avec des battements « comme des coups de marteau » dans la tempe droite, des bourdonnements de l'oreille droite; et puis, au bout d'une ou deux heures de cet état douloureux (elle s'était couchée) elle perdit connaissance. Elle ne sait plus ce qui s'est passé. Elle s'est éveillée le lendemain, le lit n'était pas en désordre. Elle ignora si elle a eu des convulsions. Elle ne s'était pas mordu la langue, elle n'avait pas uriné dans son lit. Elle se trouvait très bien, plus de douleurs, plus rien, calme parfait. Santé parfaite pendant dix-huit mois.

Troisième accès avec perte de connaissance. La sœur de la malade annonce qu'elle entre dans un couvent. Aussitôt la malade se tourmente, cela la chagrine beaucoup (mars 1887). Une nuit, vers onze heures et demie du soir, douleurs, élancements dans toute la tête des deux côtés, autour des yeux, dans la mâchoire, qui descendaient le long de la nuque et de la colonne vertébrale jusqu'aux lombes. C'étaient des douleurs avec sensation de battements, de chocs rhythmés dans les tempes, bourdonnements dans l'oreille droite, puis au bout de quelques jours de cet état douloureux on lui avait appliqué des vésicatoires à la nuque. Une nuit vers onze heures, les douleurs redoublent, la vue se trouble et elle perdit connaissance. La personne qui était auprès d'elle appela au secours; plusieurs personnes vinrent; elle ne se souvient de rien. Elle reprit connaissance vers quatre heures du matin. Le lendemain elle avait la tète lourde, elle put faire son service comme d'habitude. En juillet 1887, elle devient enceinte, accouchement à terme en avril 1888 sans complication, ne nourrit pas. Dans les premiers mois de sa

grossesse, elle dut passer par des émotions bien fortes, son amant refusa de l'épouser; querelles, scènes de colère. Cela provoqua chez elle deux nouveaux accès « de douleurs névralgiques » avec battements dans les tempes, bourdonnements dans l'oreille droite; ces deux accès furent de courte durée : le premier de deux heures après midi jusqu'au lendemain, et le deuxième deux heures seulement. Jusqu'en octobre 1888, santé parfaite.

Quatrième grand accès de douleurs avec perte de connaissance. En octobre 1888, un soir vers six heures, après avoir travaillé comme vendangeuse toute la journée, elle fut prise de douleurs lancinantes dans toute la tête, dans la mâchoire supérieure, elle avait des battements dans les tempes, des bourdonnements dans l'oreille droite. Ces douleurs descendaient le long de la nuque jusque dans la région lombaire en suivant la colonne vertébrale. Rentrée chez elle, elle se coucha et aussitôt sa vue se troubla et elle perdit connaissance.

Elle se réveilla le lendemain ne souffrant presque plus, n'ayant plus qu'une sorte de lourdeur de tête qui se dissipa dans la journée. Elle reprit sa besogne le jour même. Cette fois elle avait uriné dans son lit. Cela lui est arrivé une autre fois d'uriner dans son lit la nuit, mais sans qu'elle ait eu une attaque cette fois, au moins à ce qu'elle croit. Pendant deux mois, rien de particulier.

Début du tremblement. — Il y a quatre mois, vers la fin de décembre 1888, après une altercation vive avec sa mère au sujet de son bébé qu'elle ne voulut plus garder chez elle, elle fut prise d'un léger tremblement de la main droite. Il était sept ou huit heures du soir. Sa main était agitée d'une série de secousses de faible amplitude, cela passait et recommençait quelques instants après.

Le lendemain, le tremblement était un peu plus fort, il se montrait toutes les vingt minutes ou demi-heures persistant pendant quelques minutes et disparaissant pour reparaître encore. Il a toujours persisté depuis avec ce caractère d'intermittence, mais progressivement il est allé s'accroissant en intensité et en fréquence. La jambe a commencé à trembler il y a deux mois. Depuis que ce tremblement existe, le crâne, le front et la nuque sont presque constamment endoloris. L'oreille droite bourdonne presque sans cesse, le cuir chevelu est sensible; quand on tire même légèrement ses cheveux en la peignant, elle souffre vivement. En outre, la malade présente de temps en temps, surtout lorsqu'elle est à jeûn, un accident assez singulier.

Tout à coup elle ressent une douleur très forte qui, partant du front, s'irradie d'avant en arrière jusqu'à la nuque; en même temps sa tête se renverse en extension forcée, l'oreille droite bourdonne plus fort; cela dure une minute au plus. Les membres ne se raidissent pas, le tremblement ne s'accroît ni ne cesse. La malade est un peu ébaubie, mais ne perd pas connaissance; cela vient tous les deux ou trois jours.

Tremblement. — Ce tremblement est localisé exclusivement au membre supérieur et au membre inférieur du côté droit. Les membres du côté gauche

ne sont le siège d'aucune secousse, d'aucune oscillation, soit à l'état de repos, soit pendant les mouvements volontaires. La tête oscille parfois, quand les secousses du bras droit sont très prononcées, mais elle ne tremble pas par elle-même; il s'agit des mouvements passifs, communiqués. Les yeux, la langue, la face, ne tremblent pas non plus. Le tremblement du membre supérieur droit est en quelque sorte indépendant de celui du membre inférieur. Les secousses n'apparaissent pas simultanément au bras et à la jambe. Tantôt c'est la jambe qui tremble, le bras restant au repos, et *vice versâ*. Chaque membre paraît trembler pour son compte, séparément. Il arrive cependant quelquefois qu'ils tremblent simultanément. C'est au *membre supérieur* que le tremblement se montre prédominant et de beaucoup.

Les oscillations rhythmées du membre supérieur n'existent pas *constamment*. Parfois, que la malade soit assise, debout, ou bien en marche, le membre supérieur reste en repos; la main droite repose alors sur les genoux, ou bien la malade la tient derrière son dos, ou bien elle la soutient dans sa main gauche; rarement elle la laisse pendante le long du corps.

Si on l'observe attentivement lorsqu'elle est dans cet état de calme parfait, on ne tarde pas à voir apparaître, au bout d'un temps variable (2, 3, 10 minutes), des secousses soit du poignet, soit des doigts, soit de l'avant-bras; ces secousses, bien rhythmées dès leur apparition, sont d'abord très faibles, mais elles grandissent aussitôt et immédiatement le membre supérieur entre en danse; le *bras*, en oscillant, s'écarte et se rapproche légèrement du tronc; l'avant-bras, en demi-flexion et en demi-pronation, est animé de secousses de flexion et d'extension alternantes, le poignet oscille tantôt transversalement, dans le sens abduction, adduction, tantôt dans le sens flexion, extension, tantôt enfin les mouvements de la main sont composés et le poignet semble décrire un mouvement de rotation en ellipse. C'est autour du poignet et du coude que se produisent les principales oscillations.

La main oscille souvent sans que les doigts soient animés de secousses qui leur soient propres; mais parfois, au départ des mouvements surtout, ils se fléchissent et s'étendent alternativement. Ces oscillations, au lieu de se généraliser à tout le membre supérieur, s'éteignent souvent après une série de quelques légères secousses de la main ou des doigts. Après une phase de repos plus ou moins longue, les mouvements reparaissent. Pour arrêter les secousses qui commencent, la malade applique fortement sa main contre son ventre, ou bien la serre dans sa main gauche, ou bien la tient appliquée derrière le dos.

Ces diverses manœuvres ne réussissent pas toujours à empêcher le tremblement de se produire.

Presque toujours, quand la malade soulève sa main droite, veut saisir un objet, ou place sa main dans l'attitude du serment, les secousses, ou bien s'accroissent si elles existent déjà au repos, ou bien apparaissent si elles faisaient défaut. Ansi, il est presque impossible à la malade de prendre un verre et de le porter à sa bouche, etc. Dans les actes intentionnels, les tracés indi-

quent un accroissement d'amplitude, mais non de fréquence des oscillations rhythmées.

Cependant il arrive parfois que la main reste au repos, même étendue. Les mouvements du membre inférieur offrent les mêmes caractères : ils se passent tantôt autour de l'articulation de la hanche, tantôt dans le genou (flexion-extension).

Il s'agit d'un rhythme lent de 4 1/2 à 5 oscillations par seconde.

État de la motilité. — Il n'y a pas de trace de paralysie dans le côté droit.

La malade boite un peu en marchant, mais cette boiterie est causée par un état douloureux de la région du cou-de-pied droit. En marchant, la malade éprouve une légère douleur dans l'articulation tibio-tarsienne à chaque fois qu'elle pose le pied droit à terre; de là la boiterie. Mais elle se sent aussi solide sur cette jambe droite que sur la gauche. Elle peut se tenir debout sur le pied droit, sauter à cloche-pied, etc., aussi aisément sur un pied que sur l'autre.

De même avec le membre supérieur elle exécute tous les mouvements qu'on lui prescrit. Les mouvements de force surtout, car le tremblement entre en scène dès qu'on lui commande un acte ne nécessitant pas d'effort, mais seulement une mise en attitude, une adaptation plus ou moins compliquée de la main et des doigts, comme pour saisir un objet léger posé sur une table, placer la main dans l'attitude du serment, etc. Elle serre énergiquement la main qu'on lui présente de sa droite et de sa gauche.

Dynamomètre : main droite, 25 kilogr.; main gauche, 25 kilogr.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Face. — La motilité des yeux est intacte. La langue est tirée droite. Les plis du front, les paupières, les sourcils sont bien symétriques.

Mais le sillon naso-génien *gauche* est plus accusé que le droit.

La commissure labiale gauche est un peu relevée. Le contour de la lèvre supérieure de ce côté est plus accentué.

Sensibilité. — Sensibilité au *contact*, à la *piqûre*, à la *température* chaude, froide, bien conservée et égale à droite et à gauche.

Sens musculaire partout conservé.

Par la pression des régions et des points suivants, on détermine une sensation douloureuse.

Tête. — Au *vertex.* Tout le cuir chevelu est un peu hyperesthésique.

A la *nuque.* Dans toute la région la pression est douloureuse, mais il y a un point à gauche de la ligne médiane qui semble plus particulièrement douloureux. Points sur-orbitaire et sous-orbitaire des deux côtés.

Membre supérieur. — Au membre supérieur droit, tout le côté de la *flexion*, depuis l'articulation du poignet jusques et y compris le creux axillaire, le creux sus-claviculaire.

Les points correspondants à l'articulation du poignet, du coude, de l'épaule (côté de la flexion) sont particulièrement douloureux.

Tronc. — Région ovarienne gauche.

Membres inférieurs. — Les deux régions inguino-crurales, le creux poplité droit, la face postérieure du mollet droit, les points rétro-malléolaires interné et externé du côté droit.

Ces zones et trajets douloureux ne semblent pas correspondre tous uniquement au trajet des troncs nerveux.

Il s'agit là d'une sensibilité douloureuse qu'une pression profonde, un peu énergique, révèle seule. La peau n'est pas hyperesthésique. Pas d'anesthésie pharyngienne.

Sens. — Ouïe, odorat, goût : intacts. Rétrécissement du champ visuel. L'intelligence et la mémoire sont indemnes, et la santé générale est parfaite. Rien autre.

Il est clair que ce tremblement présentait une grande analogie avec les tremblements observés chez quelques-uns de nos hystériques. Cette particularité et surtout l'existence d'un double rétrécissement concentrique du champ visuel, nous firent porter, malgré la bizarrerie des autres troubles nerveux (crises de douleurs céphaliques accompagnées de perte de connaissance), l'absence d'anesthésie et de zones hystérogènes, le diagnostic de tremblement hystérique.

Or, dans la nuit du 6 septembre la malade mourut subitement. A l'autopsie nous avons pu constater l'existence de deux tumeurs gliomateuses; l'une était située dans la partie postérieure de la couche optique droite; l'autre avait envahi la presque totalité de la couche optique du côté gauche.

TRAITEMENT

M. Nothnagel, M. Letulle, M. Pitres, ont cité des cas de guérison quasi instantanée de tremblements hystériques qui persistaient depuis de longs mois. Cette disparition subite du tremblement a été constatée tantôt après une séance d'électrisation ou d'aimantation, tantôt après suggestion (bande élastique). Voici les résultats peu brillants que nous avons obtenus dans nos tentatives thérapeutiques : tous nos malades ont été soumis à des séances réitérées d'électrisation, statique ou galvanique, nous avons à plusieurs reprises appliqué chez chacun d'eux, et pendant plusieurs heures, un aimant puissant mis en contact avec la région malade. Souvent nous affirmions aux malades en posant l'aimant près d'eux que c'était là un agent infaillible, que le tremblement allait cesser, etc... La suggestion, l'aimant et l'électricité n'ont

jamais produit aucune modification du tremblement. Nous n'avons pas pu essayer l'effet de la suggestion dans l'état de sommeil hypnotique, aucun de nos malades n'étant hypnotisable.

Vu : le *doyen*,
BROUARDEL.

Vu : Bon à imprimerer,
Le Président de la Thèse,
CHARCOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'académie de Paris,
GRÉARD.

4231. — Imprimeries réunies, B, rue Mignon, 2. — May et Motteroz, directeurs.